



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

ELIANA ALVES LIMA

**A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO
TRATAMENTO DA OBESIDADE: Revisão bibliográfica**

SÃO PAULO

2016

ELIANA ALVES LIMA

**A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO
TRATAMENTO DA OBESIDADE: Revisão bibliográfica**

Trabalho de conclusão de curso lato sensu

Área de concentração: Terapia cognitivo-comportamental

Orientadora: Prof.^a Dr^a Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Prof.^a Msc. Eliana Melcher Martins

SÃO PAULO,

2016

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada a fonte.

LIMA, Eliana A.

A terapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade.

Eliana Alves Lima – São Paulo – 2016

43 folhas + CD ROM

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientação: Prof.^a Dr^a Renata Tiguerinho Alarcon

1. Tratamento da obesidade, 2. Tratamento psicoterápico da obesidade, 3. Terapia cognitivo-comportamental, 4. Obesidade. Lima, Eliana Alves.

DEDICATÓRIA

A todas as pacientes que buscaram meu atendimento
psicológico como forma de apoio no desafio
de emagrecer e manterem-se magras.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que são os principais responsáveis pela minha trajetória e ao meu marido e companheiro Silvio Luís, pelo apoio em todas as horas, viabilizando a realização de mais um sonho.

RESUMO

LIMA, Eliana Alves. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade. Monografia CETCC – Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental. São Paulo, 2015.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar as diversas formas de tratamento da obesidade, enfatizando as técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento da mesma. A terapia cognitivo-comportamental é apontada como uma estratégia bastante eficaz no tratamento de vários transtornos, entre eles a obesidade, acarretando não apenas resultados positivos na perda de peso, como na qualidade de vida, em geral, das pessoas que foram tratadas com TCC com o objetivo de redução de peso. A maior parte dos estudos encontrados envolviam a aplicação da TCC em grupo (TCCG), com encontros variados em 6 e 44 sessões, as pesquisas apontaram resultados positivos, e ressaltaram a importância de o trabalho ser a longo prazo, além de se manter o contato com o terapeuta após a finalização do tratamento.

Palavras-chaves: Tratamento da obesidade. Tratamento psicoterápico da obesidade. Terapia cognitivo-comportamental. Obesidade.

LIMA, Eliana Alves. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade. Monografia CETCC – Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental. São Paulo, 2015.

ABSTRACT

This study aims to present the various forms of obesity treatment, emphasizing the cognitive-behavioral techniques in the treatment of it. Cognitive behavioral therapy is seen as a very effective strategy in the treatment of various disorders, including obesity, resulting not only positive results in weight loss, as the quality of life in general, people who were treated with CBT with the purpose of weight reduction. Most studies found involving the application of group TCC (CBGT) with varying encounters 6:44 sessions, research showed positive results and emphasized the importance of work to be long term, while keeping contact with the therapist after completion of treatment.

Key Words: *Treating obesity. Psychotherapeutic treatment of obesity. Cognitive behavioral therapy. Obesity.*

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Terapia Cognitivo-Comportamental.....	11
1.2 OBESIDADE.....	12
1.3 Fatores Etiológicos da Obesidade.....	13
1.3.1 Fatores Genéticos e Biológicos.....	13
1.3.2 Fatores de Aprendizagem.....	14
1.3.3 Fatores Psicológicos e Cognitivos.....	14
1.3.4 Fatores Sociais.....	15
1.4 TIPOS DE OBESIDADE.....	16
1.5 O USO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR COMO ALÍVIO PARA AS EMOÇÕES.....	17
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.1.2 Objetivos específicos.....	18
3. METODOLOGIA.....	19
4. RESULTADOS.....	20
4.1 A TCC como forma de tratamento da obesidade.....	20
4.1.1 Classificando o pensamento disfuncional.....	21
4.1.2 Identificando e modificando pensamentos disfuncionais.....	22

4.1.3 A intervenção.....	23
4.1.4 Resultados da TCC no emagrecimento.....	26
4.2 OUTRAS FORMAS DE TRATAMENTOS PARA A OBESIDADE.....	32
4.2.1 Entrevista motivacional.....	32
4.2.2 A prática de exercícios físicos.....	33
4.2.3 Farmacoterapia.....	34
4.2.4 Cirurgia bariátrica.....	35
5. DISCUSSÃO.....	37
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
7. REFERÊNCIAS.....	40
ANEXO.....	44

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem a finalidade de abordar as técnicas da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento da obesidade.

A interferência de fatores genéticos e ambientais como a incorporação da mulher no mercado de trabalho, vem gerando alterações na rotina alimentar das famílias. Aliado a isto, o estilo de vida sedentário, contribui com o crescimento da obesidade na população mundial, acarretando consequências físicas e emocionais.

Observa-se em alguns pacientes obesos a presença de comorbidades como a depressão, a ansiedade, baixa autoestima, que podem melhorar com o tratamento da obesidade, gerando mais qualidade de vida as pessoas.

As possibilidades de tratamento são amplas, sejam técnicas psicoterápicas, medicamentosas ou cirúrgicas. Neste trabalho, será explorado como as técnicas da TCC podem ajudar no emagrecimento, evitando assim, a necessidade de procedimentos cirúrgicos.

Segundo Guerreiro (2007, p. 210) “a obesidade é um transtorno complexo no qual intervêm múltiplas variáveis genéticas, biológicas, psicológicas, comportamentais e sociais”. Portanto, o tratamento da mesma depende de uma análise para verificar qual a variável que mais contribui para o aumento de peso da pessoa. Considerando esta complexidade, o tratamento da obesidade precisa abranger além dos nutricionistas e endocrinologistas, os psicólogos.

Atualmente poucas são as pessoas que associam o tratamento da obesidade aos psicólogos, frequentemente recorrem a medicamentos e dietas restritivas, porém, considerando a influência do padrão de pensamento das pessoas em suas ações, torna-se importante considerar a psicoterapia como ferramenta para o tratamento da obesidade, fundamentalmente, com o uso das técnicas da terapia cognitivo comportamental.

Embora a priori algumas medicações pareçam ter um efeito positivo, segundo Wainer, Piccoloto e Pergher (2011, p. 63) “dentre os tratamentos medicamentos para obesidade, muitos demonstram resultados desapontadores, uma vez que grande parte dos pacientes recupera, de três a cinco anos,

parcialmente ou todo o peso perdido”. Considerando este resultado, a Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser de grande valia para resultados mais efetivos e duradouros no tratamento da obesidade.

Portanto, o presente trabalho pretende explorar as possibilidades de sucesso no tratamento da obesidade com o uso das técnicas da terapia cognitivo-comportamental, como a tcc pode modificar crenças limitantes sobre exercícios, reeducação alimentar, mudança de hábitos e outros. Para isto, serão abordadas as diferenças entre obesidade e excesso de peso; a influência da vida moderna no ganho de peso; as crenças limitantes que fazem com que as pessoas desistam do processo de emagrecimento, perpetuando a obesidade ao longo da vida e finalmente as possíveis técnicas que podem ser utilizadas neste processo.

1.1 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A terapia cognitivo-comportamental surgiu na década de 60, inicialmente com a intenção de tratar casos de depressão. Esta psicoterapia foi desenvolvida de forma diferenciada ao que existia naquela época, “uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais” (BECK, 2013, p. 22).

Neste modelo de psicoterapia, considera-se primordial a análise das crenças, que ocorre através de uma conceituação do paciente, com isto, objetiva-se conhecer os pensamentos disfuncionais, as crenças e produzir mudanças no pensamento do paciente, para que assim ocorra uma modificação de sentimentos e comportamentos.

Ao longo dos anos a TCC, através do modelo inicial para tratamento da depressão, foi aprimorada para tratar diversos transtornos. Segundo Beck J. (2013, p. 23), “é usada atualmente em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros contextos”.

Os resultados positivos deste tipo de psicoterapia têm contribuído com a expansão da técnica, fazendo com que a psicoterapia ganhe mais credibilidade.

A TCC tem sido usada com sucesso em um número amplo de transtornos psiquiátricos. Neste trabalho será apresentada a forma de utilizar a TCC no tratamento da obesidade.

1.2 Obesidade

A obesidade pode ser definida quando existe uma discrepância entre as calorias ingeridas e a queima do organismo. Segundo Guerreiro (2007, p. 209), “a obesidade é definida, em âmbito clínico, como excesso de peso corporal, embora sua definição mais exata seja a de excesso de gordura corporal”. Ainda, segundo Guerreiro (2007) um atleta pode ter excesso de peso, sem ser considerado obeso. Em virtude disto, embora o diagnóstico possa parecer fácil e óbvio, não é exatamente assim.

De acordo com Sprengel (2015, p. 26), embora não seja a melhor forma para fazer a avaliação da obesidade, o Índice de Massa Corpórea (IMC) pode ser utilizado para esta avaliação, quanto maior o IMC, maior é o número de patologias que pode ocorrer, tanto em nível físico quanto psicológico.

Segundo Sprengel (2015, p. 26) o IMC é feito dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado. Por exemplo: se o peso de uma pessoa é 120 kg e a altura é 1,70 m, a fórmula para encontrar o IMC será: $IMC = 120 \div 1,70$ (ao quadrado), ou seja, $120 \div 2,89$ $IMC=41,52$. Ainda segundo Sprengel, existe um quadro (quadro 1) para se verificar o grau de obesidade.

Guerreiro (2007, p. 209), destaca que a obesidade tem se tornado um fator de risco a saúde, principalmente quando ocorrem as oscilações bruscas de peso (efeito sanfona) e a concentração de gordura abdominal (típica em pessoas do sexo masculino).

Quadro 1- Classificação do Índice de Massa Corporal

IMC	Diagnóstico
Menor que 18,5	Baixo peso
18,6 a 24,9	Peso normal
25 a 29,9	Sobrepeso
30 a 34,9	Obesidade leve (Grau I)
35 a 39,9	Obesidade moderada (Grau II)
40 a 49,9	Obesidade severa ou mórbida (Grau III)
50 ou mais	Superobesidade

Fonte: Sprengel (2015, p. 26)

A obesidade também pode acarretar problemas emocionais, mas o contrário também é verdadeiro, ou seja, problemas emocionais podem acarretar obesidade (VASQUES et al, 2004, p. 196). A depressão e a ansiedade são os mais comuns, sendo que durante uma dieta, pacientes instáveis emocionalmente podem sofrer um aumento tanto na ansiedade quanto na depressão, ainda segundo os mesmos autores.

O fato da obesidade ser um transtorno complexo, que envolve variáveis genéticas, biológicas, psicológicas, comportamentais e sociais, faz com que o processo de avaliação seja complexo, sendo de suma importância a identificação de qual dessas variáveis tem maior peso na manutenção desse transtorno para cada pessoa e, em função disto, determinar a intervenção mais adequada (GUERREIRO, 2007, p. 210).

1.3 Fatores Etiológicos da Obesidade

1.3.1 Fatores genéticos e biológicos

Segundo Guerreiro (2007, p. 212), “devem ser consideradas duas teorias: a teoria do ponto fixo e a teoria da celularidade adiposa”. De acordo com o mesmo autor, a teoria do ponto fixo, descreve que o organismo tem uma tendência a manter seu peso, “retardando o metabolismo se houver restrição calórica ou acelerando se

houver ingestão em excesso, com a finalidade de manter esse peso”. Essa teoria enfatiza que a adesão a dietas restritivas, ocasiona a redução do metabolismo, e com o término da dieta o indivíduo adquira ainda mais peso, gerando o efeito sanfona.

A teoria da celularidade adiposa distingue obesos com células adiposas alongadas (hipertróficos – forma adaptativa das células, que podem ou não gerar lesões às novas condições geradas pelo organismo) e, obesos com maiores números de células adiposas, ou seja, indivíduos com maior número de células de gordura (hiperplásicos). Essa teoria nos alerta para uma avaliação adequada de cada caso, pois pode ocorrer risco à saúde, “tentar levar um obeso hiperplásico até um peso ideal estabelecido pelas tabelas padronizadas” (GUERREIRO, 2007, p. 212).

1.3.2 Fatores de aprendizagem

Esse fator pontua a aprendizagem incorreta de uma série de hábitos alimentares. A ausência de uma atividade física mais contundente, aliado a isto, pode levar a uma aquisição progressiva de peso (GUERREIRO, 2007, p. 212).

1.3.3 Fatores psicológicos e cognitivos

A forma distorcida de pensar sobre alimentação, a ansiedade, a depressão, o sentimento de tédio, podem levar os indivíduos obesos a se comportarem de forma inadequada e, às vezes, até compulsiva diante da ingestão de alimentos (GUERREIRO, 2007, p. 213).

Segundo Guerreiro (2007, p. 214) “não há provas de diferenças psicológicas entre obesos e não obesos”, a diferença está na forma como as pessoas interpretam os eventos e suas necessidades.

Considerando a influência do pensamento no comportamento, a terapia cognitivo-comportamental visa justamente enfatizar a modificação de pensamentos e, conseqüentemente, de comportamentos.

O sofrimento psicológico em indivíduos obesos pode ocorrer tanto em decorrência de seu comportamento alimentar, quanto em relação aos preconceitos sofridos. A autodepreciação, a falta de confiança, a sensação de isolamento, atribuída ao fracasso de entendimento de familiares e amigos em relação a obesidade, provocam um grande sofrimento ao obeso. “Entretanto, importa enfatizar que, entre as pessoas com excesso de peso, não foi demonstrada nenhuma condição psicológica própria, nem traços de personalidade comuns” (BERNARDI et al, 2005, p. 87).

1.3.4 Fatores Sociais

Embora exista uma cobrança e um culto ao corpo magro e esbelto, a sociedade atual apresenta cada vez mais hábitos sedentários. Além disto, houve uma mudança generalizada na estrutura das famílias.

A dinâmica das famílias modificou-se completamente, atualmente a maioria das pessoas trabalham. As mães que antigamente ficavam em casa e eram responsáveis pelo provimento da alimentação estão inseridas no mercado de trabalho, restando menos tempo para a produção de alimentos saudáveis, e também com menos tempo para orientar e inserir hábitos saudáveis desde cedo nas crianças (ALMEIDA, NASCIMENTO e LAUS, 2013, p. 65). Dessa forma, ocorre o crescente consumo de alimentos industrializados para suprir as necessidades das famílias, alimentos estes, ricos em gorduras, sais e açúcares (WAINER et al, 2011, p. 62).

De acordo com Almeida, Nascimento e Laus (2013, p. 66), as mudanças no estilo de vida e de moradia das famílias também contribuem para o aumento de peso das pessoas. A violência presente nas grandes cidades impossibilita as crianças brincarem nas ruas, ficando assim mais difícil jogarem bola, andar de bicicleta e correrem. Em contrapartida as crianças de hoje, permanecem muito

tempo dentro dos apartamentos, jogando vídeo game ou em computadores e celulares.

Com o excesso de trabalho e a crescente violência, observa-se uma tendência muito grande das pessoas trazerem o lazer cada vez mais para dentro de casa. Aliado a isto, a evolução tecnológica, como televisores e muitos outros equipamentos a base de controle remoto, a aquisição de veículos automotores, elevadores e escadas rolante, reforçam ainda mais o sedentarismo.

Para finalizar ainda existe o apelo das propagandas alimentícias, o acesso fácil às máquinas contendo salgadinhos e chocolates e o hábito de comer fora, seja pela falta de tempo para fazer alimentos em casa, seja por almoços e jantares de negócios, o âmbito social aliado a outros fatores pode ser um grande facilitador do aumento de peso.

1.4 Tipos de obesidade

Os tipos de obesidade podem ser descritos de acordo com a distribuição da gordura.

Distribuição de gordura do tipo androide: obesidade que se localiza na parte superior do corpo (obesidade androide). Este tipo de obesidade normalmente está associado a doenças como diabetes mellitus e outras complicações (MATOS et al, 2000).

Obesidade ginóide: obesidade com maior concentração na parte inferior do corpo, muito comum nas mulheres (MATOS et al, 2000).

De acordo com Elias (2013) a obesidade androide é visceral, acumulando-se entre as vísceras, enquanto que a ginóide concentra-se nas regiões subcutâneas, o mesmo autor ressalta que a androide acarreta maiores riscos cardiovascular.

Observa-se que independentemente do tipo de prevalência de obesidade, a maior parte das vezes ocorrem prejuízos, sejam de maiores ou menores complicações, mas ambos os casos merecem atenção.

1.5 O uso do comportamento alimentar como alívio para as emoções

Segundo Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005, p.89) “dois terços dos obesos consomem carboidratos, não somente para aliviar a fome, mas para combater tensões, ansiedade, fadiga mental e depressão”.

Pesquisas demonstram que alguns pacientes obesos referem ingestão alimentar compatível com parâmetros da normalidade, entretanto, outros revelam valores incompatíveis com a manutenção do peso, “não havendo evidências da existência de indivíduos que, efetivamente, consomem pouco e mantém, no longo prazo, o mesmo padrão corporal”. A mesma pesquisa ainda informa que as mulheres apresentam uma maior tendência à sub-relatos de ingestão alimentar, provavelmente pelas pressões sofridas para ter um corpo perfeito (BERNARDI et al, 2005, p. 88).

O aumento da liberação de endorfina, através de receptores de sabor doce, provoca a sensação de saciedade, segundo Bernardi et al (2005, p.89), isto pode explicar a procura por alimentos doces em períodos tensos.

De acordo com Bernardi et al (2005, p. 87), muitos obesos comem para resolver ou compensar problemas dos quais não tem consciência. Ainda segundo o mesmo autor, este comportamento acarreta um ciclo vicioso, as pessoas obesas podem apresentar dificuldade para se socializar, por se sentirem rejeitadas ou discriminadas, tendo como consequência o isolamento. Por outro lado, a comida passa a ser uma das poucas fontes de prazer, acarretando o ganho progressivo de peso e o isolamento cada vez maior.

Indivíduos obesos consomem mais alimentos em situação de estresse emocional, isto é o que diz a Teoria chamada de Modelo Psicossomático da Obesidade, que afirma que “as pessoas obesas, principalmente do gênero feminino, consomem excessivamente como mecanismo compensatório, em situações de ansiedade, depressão, tristeza e raiva” (BERNARDI et al, 2005, p. 87).

Observa-se, portanto, que o comportamento alimentar nem sempre decorre de fome, muitas vezes, pode ser atribuído as dificuldades que as pessoas sentem em lidar com suas emoções.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Objetiva-se neste trabalho destacar a relevância das técnicas cognitivo comportamentais no tratamento da obesidade.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- Elucidar a etiologia, os tipos de obesidade e os possíveis prejuízos acarretados por esta condição;
- Enfatizar a importância da psicoterapia, em especial a abordagem cognitivo comportamental, como ferramenta para o tratamento da obesidade;
- Evidenciar outras formas de tratamentos.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho apresenta-se em forma de pesquisa exploratória, com base em pesquisa bibliográfica. Trata-se de uma pesquisa básica, com o objetivo de explorar os dados já existentes, explorando livros, artigos, monografias sobre a temática.

Foram utilizadas fontes de pesquisa como livros, monografias, teses, artigos e meios eletrônicos.

As bases de dados a serem pesquisadas serão Bireme, Pepsic, Bvs Saúde Pública, Scielo, Lilacs e banco de dados da USP.

Os descritores aplicados para a busca de artigos foram: tratamento da obesidade, tratamento psicoterápico da obesidade, terapia cognitivo comportamental, obesidade. Termos em inglês: *treating obesity, psychotherapeutic treatment of obesity, cognitive behavioral therapy, and obesity*.

Critérios de inclusão: homens e mulheres adultos, com casos de obesidade leve ou moderada.

Critérios de exclusão: crianças, adolescentes e casos de obesidade severa.

Quanto à análise e interpretação de dados, foi realizada uma análise de conteúdo com a intenção de verificar a eficácia das técnicas da terapia cognitivo-comportamental nos tratamentos da obesidade.

4. RESULTADOS

Foram encontradas muitas publicações que envolviam temas associados a TCC no tratamento da obesidade. Entretanto, a grande maioria focava o tratamento da obesidade com comorbidade com transtorno de compulsão alimentar.

Após a leitura desses artigos, foram incluídos nesta revisão, por preencherem os critérios de inclusão, apenas os trabalhos que envolviam pesquisas da TCC no tratamento da obesidade sem transtornos alimentares.

A seguir descrevem-se os resultados da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da Obesidade.

4.1 A TCC como forma de tratamento da obesidade

A terapia cognitivo-comportamental vem sendo utilizada no tratamento da obesidade tanto para compreensão de sua etiologia, quanto em sua manutenção. Através da avaliação e correção dos pensamentos disfuncionais, a TCC objetiva auxiliar na organização de contingências para mudança de peso e comportamentos, “em princípio, relacionados ao autocontrole de comportamentos alimentares, e contexto situacional amplo, aprofundado para todo desconforto”, segundo Abreu (2003), citado por Vasques et al (2004, p. 197).

Segundo Hawton (1997), citado por Vasques et al (2004, p. 197) a TCC trabalha com a identificação das crenças centrais e intermediárias (regras, suposições), que originam pensamentos que interferem na interpretação de determinadas situações, desencadeando reações emocionais, comportamentais e fisiológicas, assim em pessoas obesas, as crenças determinam sentimentos e comportamentos, desencadeados por pensamentos disfuncionais em relação ao seu peso, alimentação e valor pessoal.

De acordo com Foster et al (2005, p. 230) com a terapia cognitiva, os pacientes aprendem a definir metas realistas de peso e mudança de comportamento, os objetivos são específicos e assim que são estabelecidos, os

pacientes são encorajados e identificar fatores que facilitarão ou prejudicarão o alcance destes. O tratamento também inclui manter registros alimentares e de atividade física; controlar sinais associados a ingestão de alimentos, educação nutricional, retardar a ingestão de alimentos e a reestruturação cognitiva

As crenças provocam nos obesos, tendências disfuncionais de raciocínio, levando a pensamentos absolutistas, do tipo “se não estou completamente com controle, significa que perdi todo o controle, que está tudo perdido; então posso me faltar” (VASQUES, 2004, p. 197).

O desafio da psicoterapia cognitiva é compreender como diversos fatores interagem entre si e em cada caso ou situação e, associada e integrada a outras terapias, favorecer a melhora no manejo do sintoma para que o paciente possa dispor de um repertório qualitativamente mais amplo para responder as demandas da vida. (VASQUES, 2004, p. 197)

4.1.1 Classificando o pensamento disfuncional

De acordo com Beck (1997), citado por Copstein (2014, p. 101), os pensamentos possuem padrões de distorções que precisam ser reestruturados. As técnicas de reestruturação são fundamentadas no empirismo colaborativo, paciente e terapeuta juntos examinam o pensamento automático, testam sua validade e desenvolvem uma resposta mais adaptativa, “permitindo ao paciente verificar se há razões lógicas para o pensamento automático que gerou o comportamento problema”.

Segundo Copstein (2014, p. 101) os pacientes obesos possuem alguns padrões de pensamentos disfuncionais, são eles:

- **Hipergeneralização:** Inferir uma regra com base em um único fato e generalizá-la para outras situações não semelhantes, como por exemplo: “Massa engorda. Não adianta colocar na minha dieta, não acredito que haja uma quantidade adequada”.

- **Magnificação:** É a superestimação de um fato, sem que exista uma comprovação por uma análise objetiva, como por exemplo: “A praia toda vai notar esses 600 gr. a mais”.
- **Pensamento tudo ou nada:** Pensar em extremos, como por exemplo: “Comi a sobremesa. Depois devorei tudo o que encontrei pela frente. O dia estava perdido mesmo, amanhã eu recomeço certinho”.
- **Pensamento irracional:** Acreditar em uma relação de causa e efeito, desconsiderando a lógica, como por exemplo: “Tudo que eu como vira gordura. Engordo com o ar”.

4.1.2 Identificando e modificando pensamentos disfuncionais

Segundo Elias (2013, p. 27), o ambiente constitui uma série de eventos neutros, positivos e negativos, e a avaliação cognitiva que a pessoa faz desses eventos determina o tipo de resposta que será dada em forma de sentimento e comportamento. Logo, as mudanças terapêuticas acontecem quando ocorre a mudança no modo disfuncional de pensar do paciente, para isto, são utilizadas técnicas que buscam identificar e reestruturar os pensamentos disfuncionais.

A técnica de auto registro, no tratamento da obesidade, é uma das técnicas cognitivo comportamentais mais usadas. Ela consiste em registrar todo comportamento alimentar durante um período (KNAPP 2004), citado por Copstein (2014, p.102).

Duchesne (2001), citado por Elias (2013, p. 34), destaca várias estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento da obesidade como: auto monitoração que auxilia na identificação dos fatores que levam ao excesso de peso; controle de estímulos, com o intuito de diminuir a exposição do paciente a situações de alimentação inadequada; identificação de situações que favorecem a alimentação excessiva e o planejamento de comportamentos alternativos; treino em habilidades sociais, como forma de favorecer o meio de lidar com estressores, que

por sua vez geram ansiedade, tristeza que favorecem a ingestão alimentar inadequada. A TCC também trabalha com o manejo de pensamentos disfuncionais sobre a prática de exercícios, facilitando assim a adesão aos mesmos e promovendo a perda de peso.

Segundo Elias (2013, p. 34)

A modificação do sistema de crenças leva a modificação dos comportamentos alimentares não assertivos associados ao ganho de peso. A reestruturação cognitiva favorece a adesão ao tratamento e viabiliza raciocínios mais realistas com relação ao controle de peso e aos métodos utilizados para a obtenção do emagrecimento.

A TCC como forma de tratamento da obesidade vem demonstrando vários resultados positivos, principalmente com o acompanhamento em grupo (não existem muitos estudos com atendimentos individuais) e o contato com o psicoterapeuta após o final do tratamento. Ressalta-se que o tratamento deve ser a longo prazo. A reestruturação cognitiva, o monitoramento de hábitos alimentares, o treino de resolução de problemas, são técnicas fundamentais no tratamento da obesidade com TCC (ELIAS, 2013, p. 37).

De acordo com Finger e Oliveira (2016, p. 378) o monitoramento e a modificação dos pensamentos automáticos, promove a consciência dos pensamentos em relação aos comportamentos alimentares inadequados, o que passa a funcionar como inibidor do tal comportamento.

4.1.3 A intervenção

Segundo Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009/2010), dentro da intervenção com TCC podem ser utilizadas várias estratégias que auxiliem no controle de peso, que reforcem a motivação para o tratamento, que evitem recaídas e conseqüentemente o retorno ao peso perdido, entre elas estão:

- Estratégias comportamentais: as estratégias comportamentais visam a mudança de hábitos, assim como a identificação de situações que facilitam a não

aderência ao tratamento e os estímulos que antecedem os possíveis comportamentos compulsivos.

- Automonitoramento: são registros escritos sobre a ingestão alimentar diárias, eventos desencadeantes de possíveis episódios de compulsão. Esses registros auxiliam na identificação de pensamentos disfuncionais a respeito da alimentação, peso e aspecto corporal, além de auxiliarem na elaboração do planejamento e ajustes terapêuticos.
- Controle de estímulos: o controle de estímulos pode ser utilizado para modificar situações que antecedem o comportamento disfuncional, como excesso de alimentação e inatividade física. São exemplos de controle de estímulos: programar compras no supermercado mantendo alimentos proibidos fora da lista de compras; estimular atividade física, evitando o uso excessivo do carro, controles remotos; evitar ser o responsável pela alimentação dos outros, etc.
- Resolução de problemas: paciente e terapeuta identificam os principais problemas relacionados ao excesso de peso e buscarem juntos possíveis soluções e estratégias, discutindo a eficácia ou não de cada solução a ser testada, objetivando assim a aprendizagem de novos comportamentos que possam facilitar a perda de peso e posteriormente mantê-lo assim.
- Reestruturação Cognitiva: a identificação de crenças e pensamentos disfuncionais com relação a alimentação e a perda de peso e sua modificação são os objetivos desta estratégia, promovendo assim a reestruturação cognitiva. São exemplos de distorção cognitiva: abstração seletiva (dar mais valor as informações que confirmem suas suposições – “ter comido um doce, indica que não tenho poder sobre a comida”); pensamento supersticioso (acreditar na relação de causa e efeito entre eventos não relacionado – “ir ao shopping significa sair da dieta”).
- Suporte social: consiste no apoio de profissionais, familiares e/ou grupos que possam ajudar no tratamento da perda de peso.

Segal (2012) destaca a relevância das estratégias de quantificação de motivação (vontade e real disponibilidade para perder peso); definição de objetivos (quantidade de peso a se perder por semana, interrupções de compulsões,

mudanças no estilo de vida) e prevenção de recaída (ensina-se a prever situações nas quais podem ocorrer “escorregões” e como lidar com eles, objetivando-se assim, possíveis recaídas).

A seguir descreve-se o relato de uma experiência de uma intervenção em TCCG (Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo) para pacientes no sobrepeso e obesidade do Programa Cognitivo-comportamental de Educação Alimentar em Grupo do LAPICC-USP (PRO-META).

O grupo era constituído de 106 mulheres e 24 homens, com idades aproximadas de 43,3 anos para homens (DP=11,8) e 44,1 anos para mulheres (DP=11,9), 64% das mulheres apresentavam IMC de obesidade (37,8% grau I, 14,5% grau II e 11,6% grau III), as 35,9% apresentavam sobrepeso. Entre os homens, 83,3% apresentavam condição de obesidade (16,6% obesidade grau I, 29,1% obesidade grau II e 37,5% obesidade grau III), os 16,6% apresentavam sobrepeso.

Quadro 2 – Etapas previstas pelo PRO-META

Descrição de intervenção PRO-META	
Etapa	Atividades realizadas
Entrevista inicial e pré-teste	Apresentação do programa Realização de entrevista semiestruturada Aplicação BAI, BDI, BHS e ECAP Aplicação da Escala de Figuras e Silhuetas
1ª sessão	Apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido Psicoeducação do modelo cognitivo
*4ª e 5ª sessões	Conceituação cognitiva dos PAs agrupados. Trabalhando no 2º nível de pensamentos: crenças intermediárias e estratégias compensatórias.
6ª sessão	Fechamento da conceituação cognitiva. Trabalhando no 3º nível de pensamentos: identificação das principais crenças centrais responsáveis pelos comportamentos indesejáveis (incapacidade de autocontrole e permissividade)
7ª sessão	Psicoeducação das distorções cognitivas
8ª sessão	Intervenção: trabalhando com a crença de incapacidade de autocontrole
9ª sessão	Trabalhando com a crença de permissividade
10ª sessão	Treino de habilidades sociais voltado para o comportamento alimentar
11ª sessão	Prevenção de recaída: resumo do processo desenvolvido ao longo das sessões.
12ª sessão	Avaliação qualitativa, encerramento e Pós-teste
Sessões de encorajamento	Verificar o andamento dos participantes após o encerramento do programa.

Fonte: Finger e Oliveira (2016, p. 360)

* As 2ª e 3ª sessões, originalmente, não foram descritas no quadro, mas em páginas subsequentes, aparecem como: retrospectiva da semana; retomada da tarefa; continuação

da psicoeducação; levantamento de pensamentos disfuncionais, referentes a alimentação (FINGER e OLIVEIRA, 2016 p. 368).

Os resultados deste programa são descritos no próximo tópico.

4.1.4 Resultados da TCC no emagrecimento

Teixeira et al (2002), citado por Pimenta et al (2009), descreve que pessoas que já tiveram várias tentativas de emagrecer, que passaram por avaliações severas, que apresentem maior percepção de que o peso tem grande impacto na qualidade de vida, com baixa automotivação e com baixa autoestima, apresentam maiores dificuldades para perder peso em uma intervenção comportamental. Ainda de acordo com o mesmo autor, citando Weber e Wyne (2006), as intervenções cognitivo-comportamentais apresentam resultados eficazes na perda de peso quando desenvolvem a motivação, estratégias para superação de obstáculos, exercícios físicos e alimentação equilibrada.

De acordo com O'Meara et al (1997, p.172), estudos mostraram que os resultados mais eficazes ocorreram com a combinação de tratamento comportamental padrão e o fornecimento de planos de refeição e listas de compras, do que apenas a execução de dietas e/ou o tratamento comportamental sozinho. O mesmo autor ressalta que poucos meses após o término do tratamento, a grande maioria das pessoas começa a recuperar o peso perdido, sendo necessário, estratégias de manutenção.

Machado et al (2002) relata pesquisa realizada com pacientes do Ambulatório Multidisciplinar de Tratamento da Obesidade, da disciplina e serviço de endocrinologia do Hospital das Clínicas da UFPE, onde 50 pacientes do sexo feminino, com idades entre 20 e 40 anos, com IMC > 30, participaram de dois grupos de intervenção no período de outubro de 1997 a março de 1998. O grupo M (medicamentoso), foi tratado com dietoterapia (1200 kcal), estímulo e orientação para a prática de exercícios e a medicação femproporex (25 mg/dia – 1 capsula pela manhã e 50mg/dia – 1 capsula pela manhã e outra as 18:00 horas). O grupo T (terapia) recebeu o mesmo tratamento, acrescido de TCC (sessões quinzenais).

Foram obtidos os seguintes resultados: o grupo M tinha peso inicial aproximado de 84,7 Kg (DP=7,1), após seis meses de tratamento atingiram em média o peso de 71,6 Kg (DP=4,2). Com relação ao IMC a média inicial era de 35 kg/m² (DP=2,9) e ao final alcançaram a média de 29,2 Kg/m² (DP=2,3). O grupo T inicialmente apresentando média de peso de 85,7 kg (DP=7,7), alcançando ao final dos seis meses a média de peso 72,1 Kg (DP=4,7). Quanto ao IMC a média inicial era de 34,4 Kg/m² (DP=2,6), e ao final 28,6 Kg/m² (DP=1,9). Com base nos resultados da pesquisa, os autores destacam que com aplicação da TCC um maior grupo de pessoas completaram o período de tratamento e com melhor aderência ao mesmo, demonstrando mais interesse na continuação deste.

Zafra et al (2010, p. 707), descreve um estudo com 150 mulheres obesas que receberam tratamento com TCC durante 44 semanas e depois foram acompanhadas por 3 anos, mas sem nenhum tratamento. As participantes tinham entre 20 e 60 anos, com IMC entre 30,0 e 39,9. Os objetivos do tratamento eram além de proporcionar perda de peso, ajudar as pessoas a aceitarem e valorizarem perdas de peso e mudanças de aparência mais modestas, além de produzir mudanças em cinco áreas da vida: estilo de vida, exercícios, atitudes, relacionamentos e nutrição. As sessões eram realizadas individualmente, entre 24 e 50 minutos, as primeiras 7 sessões foram semanais e depois quinzenais, foi sugerido que seguissem uma dieta de 1500 Kcal por dia). Foram utilizados métodos comportamentais para a mudança de hábitos alimentares e atividade física, o objetivo era chegar a 1200 Kcal por dia. Entre a vigésima quarta e a trigésima sessão e depois trigésima sexta, foi dada as participantes a opção de continuar a perder peso ou parar o programa e ficar com seu novo peso adquirido. Observou-se, em média, a perda de peso de 10% do peso inicial na maioria das participantes e também a recuperação do peso perdido após o término do programa, o autor destaca que isto pode ocorrer devido a dificuldade de manter uma nova baixa de peso após a perda de peso, e ressalta que a TCC pode não ter sido suficientemente potente.

Quadro 3 – Mudança de peso durante o tratamento com TCC e 3 anos de acompanhamento (sem tratamento).

Linha de base	Meio do tratamento	Final do tratamento	6 meses	12 meses	24 meses	36 meses
92,34 Kg	83,20 Kg	84,17 Kg	86,76 Kg	89,02 Kg	91,44 Kg	91,86 Kg

Fonte: Zafra (2010, p.710)

*O estudo relato acima avaliou a TCC no tratamento da obesidade, realizando um estudo comparativo com terapia comportamental e uma forma de autoajuda guiada, entretanto, foram descritos aqui apenas os resultados com TCC que é o objetivo deste trabalho.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009/2010, p.46), cita que em uma revisão de 16 estudos foi apontada perda média de 6,1 kg em pessoas que passaram por tratamentos comportamentais. A conclusão destes estudos é que poucas pessoas perdem peso de forma significativa. Em uma revisão mais recente, de 36 trabalhos, observou-se que a terapia fornece benefício em curto prazo e até um ano, mas que sem a intervenção continuada estes benefícios não se mantêm em longo prazo (3 a 5 anos). Destacam ainda que são observados melhores resultados quando a terapia é associada a dietoterapia, acompanhamento familiar e medicamentos e ressaltam que muitos estudos sobre tratamentos comportamentais ficam prejudicados pelo pouco tempo das intervenções, a maioria dos estudos são por 3 meses ou menos, e apenas com mulheres da classe média. Apesar destes dados, evidenciam os benefícios da terapia no tratamento como a adesão a dietoterapia e exercícios físicos, a redução da pressão arterial e a perda de peso (ainda que modesta), além da melhora no bem-estar psicológico e qualidade de vida.

De acordo com Guimarães (2011, p.79), em um estudo no período de outubro de 2007 a outubro de 2008, na Unidade Básica de Saúde HCPA, foram avaliados 69 pacientes, sendo 62 do sexo feminino, com média de idade de 49,2. As intervenções consistiram em técnicas de educação cooperativa, cognitivo-comportamentais e motivacionais, adesão a dietas e prática de atividades físicas, os encontros eram semanais, com duração de 90 minutos. Os pacientes foram classificados em não aderentes (NA) e aderentes (A), conforme tenham participado ou não dos encontros, foram avaliados a perda de peso e outros fatores

relacionados a isto, obtendo-se os seguintes resultados de acordo com o Teste T, Man Whitney, Qui-quadrado e correlação de Spearman: 33 pacientes foram classificados como NA e 36 como A, sendo que o número de mulheres não aderentes foi de 26 e aderentes 35. O peso inicial do grupo NA era de 98,7 kg e do grupo A 88,4 Kg, as pessoas que participaram de pelo menos 12 sessões obtiveram uma perda média de peso de 6,63 Kg, o autor conclui que o grupo de pacientes aderentes obteve um bom resultado e ressalta que o tratamento parece ser mais adequado para mulheres e para pessoas com menores graus de obesidade.

Segundo Neufeld et al (2012), citada por Luz e Oliveira (2013), a TCC aplicada em grupos de emagrecimento, além de propiciar redução no peso, promove melhora nas relações interpessoais, melhora na autoestima, níveis de ansiedade, sentimentos de bem-estar e diminuição do comportamento de compulsão alimentar.

Mefferd et al (2007), citado por Pimenta et al (2009) destaca que um programa de intervenção cognitivo comportamental de 16 semanas, apresentou resultados mais eficazes na redução de peso, no IMC, do perímetro da cintura e ancas, nos níveis de colesterol e triglicérides, do que em um grupo de controle.

Kalodner e DeLucia (1991), citado por Pimenta et al (2009) destacam que,

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 controle do peso por parte dos participantes e os indivíduos que estiveram num grupo com componente cognitivo manifestaram pensamentos mais adaptativos em relação ao peso.

Munsh et al (2007), citado por Pimenta et al (2009)

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.

Segundo Corbalán (2009), citado por Finger e Potter (2011), há resultados promissores da TCC na diminuição do IMC (índice de massa corpórea), alteração no modo e na quantidade de alimentação dos pacientes obesos, entretanto, ainda se tem resultados apenas em curto prazo, que não foram mantidos a médio e a longo prazo.

De acordo com Neufeld et al (2012), citado por Elias (2013, p. 32), em um grupo composto por cinquenta participantes, do sexo feminino, entre 16 e 40 anos, divididos em dez grupos, onde 40% eram obesas e 38% estavam no sobrepeso, as intervenções com duração de três meses, divididas em doze sessões, sendo seis psicológicas com foco em TCC (e outras seis com orientação nutricional) obtiveram melhora significativa em: dificuldades interpessoais, grau de adaptação social, autoestima, níveis de ansiedade, sentimentos de bem estar, diminuição de compulsão alimentar e redução do peso.

Neufeld (2012, p. 96), relatam que o trabalho com TCC, no interior do Paraná, entre 2008 e 2009 em um Centro de Estética, resultaram em melhoras na redução do peso e também em outros sintomas subjetivos relacionados a obesidade. A redução de peso foi estatisticamente significativa, o peso inicial e o final foram calculados através do teste t student ($t=12,813$; $p<000,1$), sendo o peso inicial em média de $M=79,61$ ($DP=15,53$) e o peso médio final $M=76,67$ ($DP=15,47$), as pacientes apresentaram uma redução média de 2,94 Kg ($DP=1,62$), representando uma perda média de 3,77% ($DP=2,12$) do peso inicial. Quanto ao IMC, no início da intervenção a média era de 31,16 kg/m² e ao final o IMC médio foi de 30,01kg/m². Concluindo, neste programa, das 50 participantes 13 reduziram seu peso de forma a alterar o IMC, as 37 participantes restantes mantiveram-se sem alterar seu IMC, apesar de terem perdido peso.

Segundo Cooper e Fairburn (2001), citado por Luz e Oliveira (2013), a abordagem cognitivo-comportamental tem apresentado resultados positivos na perda de peso, entretanto, tem encontrado dificuldades com a manutenção deste peso perdido. Os pesquisadores enfatizam que a negligência dos aspectos

cognitivos e a ambivalência em relação aos objetivos do tratamento podem estar interferindo nesta questão. Zafra et al (2010), também citado por Luz e Oliveira (2013), referem que apesar da hipótese do tratamento a longo prazo, com abordagem cognitivo-comportamental focada na manutenção do peso perdido, ter sido considerada uma possível solução para esse problema, não foram obtidos resultados satisfatórios. A pesquisa conclui que talvez haja uma falha na intervenção ou a terapia não tenha sido suficientemente potente, e sugerem que pela complexidade do tratamento da obesidade, talvez a pesquisa precise ter mais foco na prevenção do que no tratamento.

Contrariamente, pesquisas feitas por Gohner et al (2012), citado por Luz e Oliveira (2013), apontaram que a intervenção com TCC teve influência sobre a escolha de alimentos e atividade física, promovendo ainda melhora na auto eficácia e na intenção de alcançar os objetivos. A pesquisa aponta que o tratamento tem o potencial de provocar mudanças cognitivas duradouras, que podem ser responsáveis por fazer os indivíduos iniciarem e manterem a prática de atividade física e escolher alimentos mais saudáveis, resultando assim na perda de peso corporal.

Neufeld, et al (2012, p. 99), ressaltam que apesar dos dados quantitativos que apontam para a perda de peso e os resultados qualitativos que apontam para melhoras significativas na percepção das pacientes, na experiência com o grupo do Centro de Estética, perceberam que é de suma importância o trabalho multiprofissional, com intervenções sistematizadas, que visem além da perda de peso, a intervenção nos problemas associados ao emagrecimento, além disto, apontam que estudos sugerem que intervenções com mais de 12 sessões em TCCG são mais efetivas na manutenção dos ganhos obtidos.

A maioria dos estudos encontrados sobre o tratamento da obesidade com TCC aponta resultados favoráveis. Salienta-se a importância do uso de protocolos adequados para o tratamento da obesidade em conjunto com programas de reeducação alimentar (LUZ e OLIVEIRA, 2013).

Finger e Oliveira (2016), descreve que em intervenção realizada no Programa Cognitivo-Comportamental de Educação Alimentar em grupo do LAPICC-USP (PRO-META), realizados entre 2010 e 2013, totalizando 130 participantes, dos

quais 106 mulheres e 24 homens, com idade média entre os homens de 43,3 e mulheres 44,1, com total de 12 sessões e mais uma de encorajamento, os resultados foram positivos, os pacientes descreveram que o fato de começarem a pensar sobre o que estavam comendo alterou o comportamento de comer, generalizando para outros contextos, resultando em uma forma mais consciente de agir. Outro aspecto positivo observado foi o senso de pertencimento, com as sessões em grupo os participantes puderam perceber sofrimentos semelhantes, apesar das crenças serem diferentes, facilitando a coesão do grupo e a adesão ao tratamento.

Conforme Finger e Potter (2011) a ambivalência do paciente entre mudar ou não o comportamento alimentar, o fato de não se verem em condições de mudar suas atitudes quanto ao comer, podem prejudicar a aderência a TCC.

4.2 Outras formas de tratamento para a obesidade

4.2.1 Entrevista Motivacional

“A Entrevista Motivacional (EM) faz da ambivalência uma aliada, não um objeto de resistência” (FINGER e POTTER; 2011).

De acordo com Rollnick et al (2009) a entrevista motivacional visa evocar as motivações dos pacientes para realizar mudanças comportamentais no interesse da própria saúde. A entrevista motivacional envolve um “espírito” colaborativo (as conversas são colaborativas e as decisões são tomadas em conjunto); evocativo (busca despertar nos pacientes algo que já tenham, mas que não colocam em prática, ativar a sua motivação e recursos para a mudança); respeito pela autonomia do paciente (o clínico pode informar, aconselhar e advertir, mas o paciente decide o que fazer).

A entrevista motivacional é regida por quatro princípios orientadores, são eles:

1. Resistir ao reflexo de consertar as coisas.

2. Entender e explorar as motivações dos pacientes.
3. Escutar com empatia.
4. Fortalecer o paciente, estimulando a esperança e o otimismo.

Dentro da entrevista motivacional existem três habilidades importantes: direcionar, orientar e acompanhar. Acompanhar envolve predominantemente a escuta e o acompanhamento daquilo que o paciente tem a dizer; no direcionamento existe o controle por parte do profissional, tomando o controle pelo menos por algum tempo e no estilo orientador ocorre uma ajuda para que a pessoa encontre suas respostas. No cuidado à saúde este último é primordial, pois o direito de tomar os resultados para sua saúde, normalmente dependem de suas escolhas comportamentais e de escolher agir de forma diferente ou não para aderir a uma dieta, exercícios físicos, medicações, promovendo assim, saúde ou doença (ROLLNICK et al, 2009, p. 35).

Finger e Potter (2011), citando Rieger et al (2009), em um programa para modificação de estilo de vida e para a manutenção da perda de peso em adultos obesos, declaram que houve melhora na qualidade de vida, diminuição na tendência impulsiva ao comer, diminuição da insatisfação com o corpo e cognições mal adaptadas, no uso em conjunto da EM com a TCC, resultando na manutenção da perda de peso.

4.2.2 A prática de exercícios físicos

Segundo Teixeira (2009, p. 146) a prática de exercícios é um benefício não apenas para a manutenção do peso, mas também para a prevenção e controle de doenças, acarretando benefícios psicológicos e sociais.

É importante diferenciar atividade física de exercício físico, de acordo com Caspersen (1985), citado por Teixeira et al (2009, p. 146), atividade física trata-se de qualquer movimento corporal que produza gasto de energia maior do que quando em repouso, já o exercício físico trata-se de uma atividade mais estruturada, com

sequência planejada, movimentos repetidos, duração e intensidade previamente estabelecidos, com o objetivo de melhor ou manter a saúde física.

Diversos autores parecem concordar com a importância da atividade física para o tratamento da obesidade, entre eles, Busse (2004, p. 351) “o exercício físico é parte extremamente importante do programa de tratamento”, segundo o mesmo autor, a atividade física diminui os estoques de glicogênios, promove o uso da gordura como combustível, reforça a integridade cardiovascular, aumenta a sensibilidade a insulina, além de promover bem-estar.

4.2.3 Farmacoterapia

O tratamento farmacológico, nem sempre é a primeira opção terapêutica para o tratamento da obesidade, o tratamento deve ser pautado em uma abordagem multidisciplinar (VASQUES et al, 2004, p. 197).

De acordo com Busse (2004, p. 351), várias drogas foram utilizadas ao longo dos anos na tentativa de tratar a obesidade, mas os efeitos colaterais foram catastróficos. Para sustentar isto, Busse (2004, p. 352) cita o uso de hormônios de tireoide que causavam hipertireoidismo, o dinitrofenol que causava catarata e neuropatia, a anfetamina causando adição e o aminorex causando hipertensão pulmonar primária.

O mesmo autor ainda revela que existe um padrão de comportamento em relação ao uso de medicamentos, alguns pacientes abominam esta possibilidade, enquanto outros veem nela a única saída, cabendo ao endocrinologista ser moderador destes ímpetos.

Algumas drogas vêm sendo utilizadas como tratamento para obesidade e podem ser utilizadas por longo prazo, entre elas a sibutramina e a orlistat. A sibutramina age inibindo a receptação de serotonina e noradrenalina, e em menor grau de dopamina. Atua diminuindo a ingestão alimentar, normalmente é utilizada em doses de 10 a 15 mg/dia. O orlistat “inibe a lipase pancreática, diminuindo a absorção de gordura no trato gastrintestinal e promovendo a perda de peso” (VASQUES et al, 2004, p. 197).

Outras drogas, derivadas das anfetaminas, podem ser utilizadas, porém a curto prazo, pois podem causar sintomas e síndromes psiquiátricas, são esses os “medicamentos anorexígenos de ação central, geralmente hipotalâmica nos sistemas catecolaminérgicos (noradrenalina e/ou dopamina) ” (VASQUES et al, 2004, p. 198).

O topiramato tem sido estudado como uma droga que pode vir a ser utilizada no tratamento da obesidade. Trata-se de um anticonvulsivante, que vem acarretando perda de peso nas pessoas que o utilizam. A fluoxetina e a sertralina, não foram aprovadas para o tratamento da obesidade, pois apresentam reganho de peso após 6 meses de estarem sendo administradas (VASQUES et al, 2004, p. 198). Segundo Aronne (2003), citado por Vasques et al (2004) elas podem ser utilizadas no tratamento de comorbidades.

Apesar dessas possibilidades, segundo Vasques et. al (2004, p. 197), dietoterapia associada a psicoterapia devem ser sempre priorizadas, por serem menos invasivas.

4.2.4 Cirurgia Bariátrica

A cirurgia bariátrica é indicada para casos de obesidade mórbida. A avaliação é feita através do IMC (índice de massa corporal), obtido através da divisão do peso corporal pelo quadrado da altura. Pacientes com IMC a partir de 35/40 kg/m², se portadores de doença clínica cujo controle seja facilitado pela perda de peso, são considerados aptos para a cirurgia. Pacientes com 100% ou mais acima do seu peso ideal ou 45,4 Kg/m² são considerados mórbidos, desta forma, de modo geral, homens com peso superior a 122,5 kg e mulheres com 108,9 kg são considerados portadores de obesidade severa ou mórbida e são indicados para tratamento cirúrgico (FERRAZ et al, 2003, p. 99).

De acordo com Ferraz et al (2003), o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida é indicado quando outras tentativas de tratamentos não cirúrgicas não deram resultados, e também pelo alto risco que a obesidade mórbida, não tratada, acarreta a vida do paciente. A cirurgia visa tratar as comorbidades relacionadas a

obesidade, promovendo assim, longevidade e qualidade de vida. Apesar de ser um componente importante, a perda de peso, neste caso, passa a ser apenas uma mensuração numérica do tratamento das comorbidades.

Acompanhamento psicológico, endocrinológico, nutricional são essenciais no pré e pós-operatórios (WAINER et al 2011, p. 66).

A avaliação psicológica é importante, não para aprovar ou desaprovar a cirurgia, mas para detecção de algum tipo de psicopatologia como bulimia, compulsão alimentar periódica e explicar o procedimento para o paciente, que nem sempre está corretamente informado (LEVY, in GARRIDO JÚNIOR, 2003; citado por WAINER, 2011).

De acordo com Wainer (2011, p.66) o papel do psicólogo, no pré e pós-operatório, é de auxiliar no aumento de comportamentos mais positivos, alimentação saudável e a prática de exercícios, além de ajudar o paciente a lidar com sentimentos de vergonha, inferioridade e baixa autoestima relacionados ao peso, conflitos interpessoais e outros que possam contribuir para a ingestão inadequada de comida.

Segundo Oliveira (2004), as cirurgias antiobesidade podem ser divididas em procedimentos que: 1) limitam a capacidade gástrica (cirurgias restritivas); 2) interferem na digestão (procedimento mal absorptivos); 3) combinação de ambas as técnicas.

Ainda segundo o mesmo autor, não há contraindicações na cirurgia bariátrica, embora transtornos depressivos, bipolares e psicóticos costumam ser considerados como contraindicações para a cirurgia, cabe bom senso para liberar tais pacientes já estabilizados para a cirurgia, considerando o risco à sua saúde devido a obesidade.

5. DISCUSSÃO

O presente trabalho procurou enfatizar as diversas formas de tratamento da obesidade evidenciando as técnicas da TCC. De acordo com Beck (2009), “a maioria das pessoas que emagrece sob dieta começa a recuperar os quilos perdidos dentro de um ano”. Outros tratamentos oferecidos, como medicações e cirurgias, tendem a trazer consequências indesejáveis, como os efeitos colaterais das medicações e as porções extremamente restritas, que o indivíduo passa a comer, após os procedimentos cirúrgicos.

A obesidade e o sobrepeso no Brasil estão crescendo de forma alarmante. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, entre janeiro a dezembro de 2013, através da Secretaria de Vigilância de Saúde, pelo sistema VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), verificou o aumento de peso tanto nas mulheres quanto nos homens, segundo esta pesquisa, a proporção de aumento de peso no Brasil que em 2006 era de 42,7%, avançou em 2013 para 50,8% (Finger e Oliveira, 2016).

Conforme Foster et al (2005), independente do tratamento que seja realizado, é de extrema importância avaliar o contexto cultural em que o indivíduo esteja inserido. Os mesmos autores ainda relatam que muitos médicos consideram a obesidade, unicamente, como um problema comportamental e de falta de força de vontade, tendo a visão de que pessoas obesas são pessoas preguiçosas. Antecipando este tipo de visão e de algumas condutas, muitos pacientes obesos “fogem” de consultas com médicos e nutricionistas, pois ir a estas consultas, é um reforçador de suas próprias frustrações.

É importante destacar os fatores que envolvem a obesidade, como fatores genéticos e biológicos; fatores de aprendizagem; fatores psicológicos e cognitivos e os fatores sociais, para que se possa tratar a obesidade de forma abrangente, de dentro para fora e assim possivelmente obter resultados mais efetivos.

As técnicas da TCC no tratamento da obesidade, principalmente as de reestruturação cognitiva, auxiliam as pessoas a aprenderem a pensar de forma diferente, modificando assim seu comportamento alimentar e alcançando a redução

do peso. Além do emagrecimento, é notória a aquisição de outros benefícios que as pessoas obesas podem adquirir com o tratamento cognitivo comportamental da obesidade, como a redução de ansiedade, melhora nas dificuldades interpessoais, grau de adaptação social, autoestima, sentimentos de bem-estar, adesão a atividade física, redução da pressão arterial, diminuição de compulsão alimentar e redução do peso.

Este trabalho expressa a importância de o tratamento da obesidade ser reavaliado e que práticas mais completas sejam adotadas no tratamento, considerando-se a complexidade dos fatores desencadeantes e mantenedores da obesidade.

A partir da análise de diversos trabalhos ficou evidente que tratamentos multidisciplinares resultam em melhores possibilidades de sucesso no emagrecimento, assim como, os resultados favoráveis promovidos pelas técnicas da TCC para uma melhora na qualidade de vida das pessoas obesas, muito além do emagrecimento, isto porque as intervenções cognitivo-comportamentais desenvolvem a compreensão dos comportamentos que levam a obesidade, através da elucidação da relação dos pensamentos, sentimentos e comportamentos, assim como o desenvolvimento da motivação, a instauração da esperança e o desenvolvimento de estratégias para superação de obstáculos.

É importante destacar a unanimidade nos trabalhos pesquisados que, melhores resultados são alcançados com a combinação de alimentação equilibrada, exercícios físicos e sessões de psicoterapia na abordagem de TCC. Embora a maior parte dos estudos demonstraram que com a finalização do tratamento, muitos pacientes recuperaram o peso perdido, destaca-se a relevância de continuar o tratamento por períodos maiores, visto que a maioria dos estudos aqui reunidos, apresentaram pesquisas realizadas entre 6 e 44 sessões de TCC, parece que a maioria dos autores concordam que a continuação do tratamento a longo prazo pode trazer resultados mais duradouros.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade deve ser considerada como um problema complexo, e como tal, necessita que vários aspectos sejam avaliados para que resultados efetivos sejam alcançados no tratamento. Os estudos apresentados neste trabalho apontaram que tratamentos com abordagem interdisciplinar, tratamentos com medicações que foram acrescidos de TCC apresentaram resultados mais positivos.

As pesquisas aqui apresentadas também apontaram para a necessidade de contato com o terapeuta após o término do tratamento, para que haja a manutenção deste peso perdido, e os resultados alcançados possam ser mantidos.

Entende-se que com o acompanhamento em TCC os pacientes obesos apresentam uma melhor compreensão sobre sua relação com a comida, a ênfase nas perguntas proporciona uma ampliação da visão da obesidade, assim como a sensação de encorajamento e motivação, desencadeando a tomada de atitudes e a busca de solução de problemas, acarretando melhoras tanto na perda de peso quanto em outros aspectos da vida do obeso. O estabelecimento de objetivos específicos, de um plano alimentar, o manejo para que o paciente se veja como responsável no processo de emagrecimento e para que busque resultados possíveis e não mágicos, a identificação de pensamentos sabotadores e sua reestruturação, assim como a identificação de facilitadores e de barreiras para o sucesso, são determinantes no tratamento cognitivo-comportamental da obesidade.

Conclui-se, que de acordo com as pesquisas realizadas, a literatura sugere a eficácia das intervenções cognitivo-comportamentais na perda de peso do paciente obeso.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade. 3ª ed. Itapevi, SP, 2009/2010. Disponível em http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf. Acesso em 20 de julho de 2016 as 16:10 horas.

ALMEIDA, Sebastião de Sousa; COSTA, Telma M. Braga; LAUS, Maria Fernanda; STRAATMANN. Psicobiologia do Comportamento Alimentar. Rio de Janeiro: Rubio, 2013.

BECK, Judith S. Pense Magro: A dieta definitiva de Beck. Porto Alegre: Artmed 2009.

BECK, Judith S. Terapia Cognitivo Comportamental: Teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BERNARDI, Fabiana; CICHELERO, Cristiane; VITOLO, Márcia Regina. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Revista de Nutrição. Campinas, v. 18, fascículo1, 85-93, jan/fev. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000100008. Acesso em 23 de março de 2016 as 19:50 horas.

BUSSE, Salvador de Rosis (Org.) Anorexia, Bulimia e Obesidade. Barueri: Manole, 2004.

CHAVES, Lenize; NAVARRO, Antônio Coppi. Compulsão alimentar, obesidade e emagrecimento. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo, v. 5, n. 27, p.110-120, maio/junho 2011. Disponível em <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/224/219>. Acesso em 24 de maio de 2016, as 14:52 horas.

COPSTEIN, Aline Schilling et al. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade. Caderno de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, n. 38, 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em 23 de março de 2016 as 11:15 horas.

ELIAS, Eliane. Obesidade no tratamento com terapia cognitivo comportamental: uma revisão bibliográfica. Criciúma. Julho 2013. Disponível em

<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1764/1/Eliane%20Elias.pdf>. Acesso em 14 de junho de 2016 as 17:08 horas.

FERRAZ, Edmundo Machado et al. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Revista do colégio brasileiro de cirurgiões. Pernambuco, v. 30, n. 2, p. 98-105, março/abril 2003. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=512519&indexSearch=ID>. Acesso em 30 de junho de 2016 as 15:02 horas.

FOSTER, Gary D. et al. Behavioral treatment of obesity. Philadelphia, v. 82, p. 230s-5s, 2005). Disponível em <http://europepmc.org/abstract/MED/16002827>. Acesso em 27/07/2016 as 20:24.

FINGER, Igor da Rosa; POTTER, Juliana Rausch. Entrevista motivacional no tratamento do sobrepeso/obesidade: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.2-7, dez. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180856872011000200002&script=sci_artext. Acesso em 24 de maio de 2016 as 15:12 horas.

FINGER, Igor da Rosa; OLIVEIRA, Margareth da Silva. A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016.

GUERREIRO, Maria N. V. Avaliação e tratamento da obesidade. In: CABALLO, Vicente E. Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Atualidade. V. 2. São Paulo: Santos, 2007.

GUIMARÃES, Júlia Berger; TAVARES, Mário R. Garcia; NEUMANN, Cristina Rolim. Tratamento da obesidade: Modelo de grupo baseado em terapia cognitivo-comportamental. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, v. 6, n. 18, p. 73-81, jan-março 2011. Disponível em <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/156>. Acesso em 21 de julho de 2016 as 09:25 horas.

LUZ, Felipe Quinta da; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Terapia Cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. Aletheia, Canoas, 2013, n. 40, p. 159-173, disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942013000100014, acesso em 29 de junho de 2016 as 17:19 horas.

MACHADO, Antonio Carlos C. et al. Avaliação da associação da terapêutica medicamentosa e a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade. Revista Brasileira de Medicina. São Paulo, v. 59 (1/2), p. 47-53, jan-fev. 2002. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1808&fase=imprime. Acesso em 12 de julho de 2016 as 16:36 horas.

MATOS, Amélio F.G. et al. A obesidade estaria relacionada ao aumento do volume das adrenais? São Paulo, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000100005. Acesso em 17 de março de 2016, as 14:32 horas.

NEUFELD, Carmem Beatriz; MOREIRA, Cleidimara Aparecida Martins; XAVIER, Gabriela Salim. Terapia Cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. Revista Psico. São Paulo, v. 43, n. 1, p. 93-100, janeiro/março 2012. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11103/7623>. Acesso em 12 de julho de 2016 as 14:04 horas.

OLIVEIRA, Verenice Martins de, et al. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. Revista Psiquiatria Clínica. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 30 de junho de 2016 as 16:56 horas.

O'MEARA, Susan et al. Effective management of obesity. Quality in health care. University of York, v. 6, p. 170-175, 1997. Disponível em <http://europepmc.org/abstract/MED/10173776>. Acesso em 27 de julho de 2016 as 20:24 horas.

PIMENTA, Filipa et al. O peso da mente - Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. Lisboa, v. 27, n. 2, p. 175-187, jun. 2009. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312009000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 maio 2016, as 17:07 horas.

ROLLNICK, Stephen; MILLER, William R.; BUTLER, Christopher C. Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SEGAL, Adriano. Estratégias comportamentais no tratamento do obeso com compulsão alimentar. Abeso, São Paulo, v. 57, junho/2012. Disponível em

<http://www.abeso.org.br/pdf/revista57/alimentacao.pdf>. Acesso em 21 de julho de 2016 as 12:02 horas.

SPRENGEL, Andrea Levy. Cirurgia bariátrica. Manual de instrução para pacientes e familiares. São Paulo: M. Books, 2015.

TEIXEIRA, Paula Costa et al. A prática de exercícios físicos com pacientes com transtornos alimentares. Revista de psiquiátrica clínica. São Paulo, v. 36, n.4, p. 145 – 152, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000400004. Acesso em 23 de março de 2016 as 20:13 horas.

VASQUES, Fátima; MARTINS, Fernanda Celeste; AZEVEDO, Alexandre Pinto. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. Revista de psiquiatria clínica. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 195-198, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22408.pdf>. Acesso em 23 de março de 2016 as 19:51 horas.

WAINER, Ricardo; PICCOLOTO, Neri Maurício; PERGHER, Giovanni Kuckartz. et al. Novas Temáticas em Terapia Cognitiva. 1ª edição. Porto Alegre: Sinopsys, 2011.

ZAFRA, Helen A. Doll Cooper et al. Testing a new cognitive behavioural treatment of obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. Behaviour Research and therapy. V. 48, p. 706-713, 2010. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796710000422>. Acesso em 27 de julho de 2016 as 21:12 horas.

Termo de Responsabilidade Autoral

Eu **Eliana Alves Lima**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**A terapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade: uma revisão bibliográfica**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Aluno (a)