

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

ELIANE ELIAS

**OBESIDADE NO TRATAMENTO COM TERAPIA COGNITIVA
COMPORTAMENTAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA**

CRICÍUMA, JULHO/2013

ELIANE ELIAS

**OBESIDADE NO TRATAMENTO COM TERAPIA COGNITIVA
COMPORTAMENTAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA**

Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientador: Prof.(Dr, MSc). Schirley dos Santos
Garcia

CRICÍUMA, JULHO/2013



Nude Woman in a Red Armchair 1932 Pablo Picasso

EU
TU
NÓS.

AGRADECIMENTOS

A orientadora Prof^a Dr^a Schirley dos Santos Garcia pela serenidade e profissionalismo e a todos os professores e colegas de pós-graduação, com os quais convivemos durante o período do curso, em especial Fernanda Nesi, Simony Reis, Fabiane Tierling, Gabriela Duarte e Maria P. Calegari.

Ao meu “Belezinha”, que vivenciou todos os momentos deste curso e auxiliou-me na conclusão deste trabalho.

Obrigada!

RESUMO

A obesidade tem crescido no mundo inteiro e indivíduos acima do peso têm sérios riscos de desenvolver comorbidades, além de associar-se a vários estressores. A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é uma das abordagens com estratégias eficazes no tratamento de obesidade. O tratamento com intervenção em TCC proporciona a manutenção a longo prazo e melhora alcançada, não somente temporária. O indivíduo aprende a modificar seus pensamentos disfuncionais, sendo mais assertivo com suas emoções e comportamentos. O objetivo do presente trabalho é realizar levantamento e análise de artigos científicos nas bases de dados SIECLO, BIREME e PUBMED, sobre artigos que falam de obesidade com foco da Terapia Cognitiva Comportamental. Identificando os principais sintomas apresentados como quadro clínico, fatores de risco e consequências, fazer comparações entre os dados obtidos e as intervenções de caráter preventivo. Considerando os dados pesquisados, sugerem melhora significativamente na autoestima, na diminuição da ansiedade, da compulsão alimentar, na melhora das dificuldades interpessoais, nas habilidades sociais e nos hábitos alimentares, bem como na redução de peso. São necessários mais publicações de estudos realizados em TCC de acompanhamento a longo prazo.

Palavras-chave: TCC, obesidade e emagrecimento.

ABSTRACT

Obesity has grown worldwide and overweight individuals have a high risk of developing comorbidities, as well as join multiple stressors. The Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is an effective strategic approaches to the treatment of obesity. Treatment with intervention TCC provides long term maintenance and improvement achieved not only temporary. The individual learns to modify their dysfunctional thoughts, being more assertive with their emotions and behaviors. The aim of this work is to perform survey and analysis of scientific articles in the databases SIECLO, BIREME and PubMed, articles that talk about obesity focused Cognitive Behavior Therapy. Identifying the main symptoms as clinical presentation, risk factors and consequences, making comparisons between the data and preventive interventions. Considering the data surveyed suggest significantly improves self-esteem, decreased anxiety, binge eating, improvement in interpersonal difficulties, social skills and eating habits, as well as reducing weight. It takes more publications of studies on CBT for long-term monitoring.

Keywords: CBT, obesity, weight loss

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Diagrama de fatores etiológicos da obesidade.....	19
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação de peso pelo IMC	21
--	----

LISTA DE SIGLAS

TCC – Terapia Cognitiva Comportamental

OMS – Organização Mundial da Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

NCHS – National Center for Health Statistics

RCQ – Relação Circunferência abdominal – Quadril

SUS – Sistema Único de Saúde

TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

PP – Perda Ponderal

CLAO – Consenso Latino- Americano em Obesidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	JUSTIFICATIVA.....	13
1.2	OBJETIVO	14
1.2.1	Objetivo Geral	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	15
2.1	BREVE HISTÓRICO DA OBESIDADE	15
2.2	DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA.....	17
2.3	CLASSIFICAÇÃO	20
2.4	EPIDEMIOLOGIA	22
3	TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL	25
4	REVISÃO BIBLIOGRAFICA	30
5	METODOLOGIA	36
6	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é uma das abordagens com estratégias bem eficazes em relação ao tratamento de obesidade (NEUFELD, et al,2012). Segundo a OMS no relatório de Saúde Mundial 2012 o aumento da obesidade tem crescido no mundo inteiro, o Departamento de Estatísticas de Saúde e informática da OMS, diz que “hoje, meio bilhão de pessoas – 12% da população são consideradas obesas”. Indivíduos com excesso de peso têm sérios riscos de desenvolver outras comorbidades, além de associar-se a vários estressores.

O tratamento com intervenção em TCC proporciona a manutenção em longo prazo de melhora alcançada e não somente temporária. O individuo aprende a modificar seus pensamentos disfuncionais, sendo mais assertivos com suas emoções e comportamentos.

O objetivo do presente trabalho é o levantamento e análise de artigos científicos em Bases de dados que falam de obesidade com foco de tratamento na Terapia cognitiva comportamental. Expor através da revisão bibliográfica sobre a eficácia da abordagem em TCC no tratamento da obesidade. Identificando os principais sintomas apresentados como quadro clinico, fatores de risco e consequências, fazendo comparações entre os dados obtidos e as intervenções de caráter preventivo.

1.1 JUSTIFICATIVA

Falar em obesidade é tocar sobre a saúde física e mental, um fator importante no desenvolvimento individual. Entretanto, observa-se que a obesidade é tratada pela maior parte das pessoas como basicamente um fator estético esquecendo que o ponto crucial é a vida, e dela dependem a saúde física e mental. Esta epidemia causa um forte impacto na saúde e bem-estar das populações assim como na economia das nações. Preocupados os órgãos de máxima autoridade em saúde a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2012 relatou que meio bilhão de pessoas 12% da população está obeso.

Se em algum momento da história o obeso foi tido como próspero e saudável, deixou de ser assim considerado no mundo contemporâneo. A correlação entre obesidade, complicações orgânicas e mortalidade conferiu ao obeso o status de doente e a obesidade o de doença que precisa ser tratada. (BENEDITTI, 2011; apud PINTO, 2011)

Creio que é necessário focar na importância da necessidade de tratamentos na prevenção desta doença. A Terapia Cognitiva comportamental (TCC) foca na maneira como as pessoas pensam e o que elas sentem e fazem. Neste sentido auxilia na mudança dos pensamentos disfuncional por assertivos. Por tanto, TCC modifica as crenças disfuncionais dos indivíduos com excesso de peso sobre alimentação e dietas através de reestruturação cognitiva, substituindo-as por crenças mais funcionais (BECK, 2011).

Neste mundo de competição e correria é comum o absenteísmo decorrente dos problemas de saúde, é com este viés que decorre a proposta para a pesquisa: sobre o olhar de pesquisadores, quais as Técnicas da Abordagem em TCC tem trazido para a eficácia no tratamento da obesidade?

1.2 OBJETIVO

1.2.1 Objetivo Geral

Fazer levantamento e análise de artigos científicos em Bases de dados que falam de obesidade com foco de tratamento na Terapia cognitiva comportamental.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 BREVE HISTÓRICO DA OBESIDADE

Aproximadamente (2.5 milhões a 3.500 a.c) compreende o período da Pré-história, onde o ser humano vivia da caça e coleta de alimentos que retirava da natureza. A sobrevivência se dava através do depósito de energia, permitindo uma maior sobrevivência e alcance da idade de reprodução, porém como não mantinham uma dieta equilibrada e em muitos casos comiam alimentos em estado de putrefação, adoeciam com infecções (TOMAYCONZA, 2008; REZENDE, 2006).

No período Paleolítico entendia a obesidade como um sinal divino, de saúde e longevidade. Uma das comprovações da época é a estátua de pedra Venus Willendorf, representando a figura feminina com excesso de volume em suas formas. Provavelmente um símbolo de maternidade e fecundidade (TOMAYCONZA, 2008).

Na Idade antiga que vai de (3.500 a 3.000 a.c) até a caída do Império Romano (476 d.c), também demonstram através de várias culturas a presença da obesidade. Na cultura Egípcia através de restos de cadáveres, descritos pela arteriosclerose coronariana em pessoas ricas, este período pela primeira vez da história se associa obesidade ao excesso de comer. Hipócrates uma figura importante da medicina Grega associou a obesidade a morte súbita, desenvolvendo varias teorias do funcionamento do corpo. Neste período a medicina começa a estar presente.

Platão faz uma observação sobre alimentação e obesidade e pontua que uma dieta equilibrada é o que contém nutrientes em quantidades moderadas, e a obesidade associada à diminuição do tempo de vida. Galeno uma pessoa importante na história da medicina, sobre a obesidade trouxe conceitos clínicos como os tipos de obesidade a moderada e a inmoderada (mórbida). Sinalizava que a obesidade tinha relação com o estilo de vida inadequado. Os Gregos e Romanos foram considerados os iniciadores da dietoterapia. A discriminação também estava presente, os Espartas foram rígidos com pessoas obesas. A cultura Cristã associou obesidade à gula e incorporou como um dos sete pecados (TOMAYCONZA, 2008).

Na Idade Média, compreende desde a caída do Império Romano (476 D.C), até Imperio Bizantino (1453 D. C). No Imperio Bizantino os médicos

descreviam a obesidade como uma dieta em excesso, falta de exercícios e mudança no humor (REZENDE, 2006). Este período teve grande influência da docência médica. A medicina Árabe alcançou prestígio e difusão, o médico da época Avicenna descreve recomendações para tratar a obesidade. No Japão medieval houve interesse para classificar a enfermidade e a representação dos sintomas específicos da obesidade. O padrão estético feminino privilegiava formas arredondadas, os artistas da época ora mostravam modelos de figuras magérrimas ora “rechonchudas” (TOMAYCONZA, 2008; REZENDE, 2006).

Período Moderno vai da queda do Império Bizantino (1453 D. C.) ao início da Revolução francesa (1789). Neste período a cultura Cristã continuava a condenar a gula, até final do século XV. Início da Idade Moderna na Europa havia uma maior disponibilidade de alimentos, então a gula já relacionava-se com a obesidade. Entre os séculos XVI e XVII aparecem os primeiros textos e monografias com o tema de obesidade, todos tratando basicamente aspectos clínicos, trazendo novas ideias físicas e químicas para a compreensão da função do organismo. Nesta época como as anteriores da humanidade o sobrepeso e a obesidade eram visto como atrativo sexual e símbolo de fecundidade, assim como de saúde e bem-estar. Eram representadas por figuras pintadas, mulheres que tinham acima de 200 libras, onde resultava valorização positiva, cultural e social sobre obesidade da época (TOMAYCONZA, 2008).

Na Idade Contemporânea compreende o início da revolução Francesa até os dias atuais. A escola clínica de Paris teve um importante avanço na introdução da anatomia patológica fonte de conhecimento na medicina. Esta época foi de grande interesse sobre obesidade ou polisarcia (denominada de acumulação adiposa), também se deu atenção especial ao diagnóstico, patologia e terapêutica (tratamento). A medicina Alemã contribuiu com o descobrimento da teoria celular, e posterior estudos apontaram que alguns tipos de obesidade poderiam depender de um aumento de número de células adiposas. Outro aporte de contribuições futuras foi do filósofo e físico Hermann Helmholtz, concluiu que durante a atividade muscular se conservava a massa e a energia, por tanto estes estudos serviram de base para observar indivíduos obesos e seus comportamentos (TOMAYCONZA, 2008; PINTO, 2006).

O estatístico, matemático e sociólogo Belga Adolphe Quételet em 1835 em sua publicação estabelece a curva antropométrica e propõe que o peso corporal

deve ser corrigido em função da estatura (kg/m^2). Índice de Quételet conhecido atualmente como índice de massa corporal (IMC) é muito utilizado como medição da obesidade em estudos epidemiológicos e clínicos. Durante o século XIX a medicina Inglesa também trouxe sua contribuição com a descrição da semiologia clínica, síndromes ou enfermidades. Já na primeira metade do século XX a obesidade começa a ser classificada como endógena ou exógena, segundo os fatores genéticos poucos conhecidos e os exógenos (excesso de ingesta e sedentarismo), iniciam a identificação das características de alguns tipos especiais de obesidade sobre todo tipo hormonal. (TOMAYCONZA, 2008; PINTO, 2006).

Todo o avanço, desenvolvimento da medicina e tecnologia ao longo do tempo, nos deixa ainda nos dias atuais a busca de corpos perfeitos, magros, atléticos e com formas definidas. O obeso passa a ser discriminado, antes visto como sinal de saúde e status, hoje carregado de sinais de doenças, com complicações e comorbidades levando muitas vezes a morte (PINTO, 2011; REZENDE, 2006).

2.2 DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Alguns autores definem Obesidade como conceito primário sendo o acúmulo de excesso de peso de forma que comprometa a saúde do indivíduo (PINTO, 2011; VARGAS, 2012; SANTOS e SCHERER, 2012, VASQUES et al., 2004).

Segundo Rezende, 2006 a obesidade deve-se mais ao que se come do que a quantidade que se come, o que pode gerar um desequilíbrio na balança da ingesta e gasto. Em 1983, o NCHS (National Center for Health Statistics) fez uma distinção entre excesso de peso e obesidade, onde o excesso de peso tem relação com a altura e a obesidade o acúmulo excessivo de gordura no organismo, esta contribuição se faz necessário para o estudo da obesidade (SOUZA, 2006).

A obesidade é uma doença de origem multifatorial, portanto decorrentes da interação e influencia ambiental, cultural, familiar, psicológica e social (PINTO, 2011). Os valores socioculturais têm grandes influencia no que desrespeita a obesidade, por tanto é fundamental a atenção voltada a estudos do biopsicossocial (FERREIRA et al, 2005; SIGULEN et al,2000; apud MACEDO e CANÇADO,2009).

Obesidade mórbida é diagnosticada segundo o IMC (Índice Massa Corporal), quando os valores são maiores de 40 kg/m²(WHO, 1998 apud SOUZA, 2006) e o peso corporal apresentar um excesso de 50 kg acima do peso ideal ou 200% acima do ideal para a altura (SOUZA, 2006). A OMS também utiliza o método de dobras cutâneas classificando como obesos os indivíduos que apresentam valores para somatória das dobras do tríceps e subescapular, maiores que percentil de 95 (CEZAR, 2002 apud SOUZA, 2006).

Pode-se dizer enfim que é um distúrbio do metabolismo energético ocorrendo um armazenamento excessivo de energia, em forma de triglicérides no tecido adiposo, podendo vir de uma ingesta energética alimentar, do sedentarismo ou da predisposição genética. O estoque de energia no organismo é regulado pela ingestão e gasto energético, quando há um desequilíbrio neste ponto acarretará na obesidade (SOUZA, 2006; MACEDO e CANÇADO, 2009).

Os aspectos genéticos, metabólicos e fisiológicos dos indivíduos estão ligados a fatores importantes da gênese da obesidade (MACEDO e CANÇADO, 2009), a etiologia da obesidade é um complexo multifatorial que envolve além dos fatores citados os aspectos emocionais. (GUEDES et al.,2009).

Em diversas populações do mundo há um aumento significativo da prevalência da obesidade. Segundo Guedes et al.(2009), existem três componentes primários do sistema neuroendócrino que comprometem para a obesidade: o sistema aferente que está a leptina e outros sinais de saciedade e de apetite de curto prazo; o sistema nervoso central; o sistema eferente, um complexo de apetite, saciedade, eferentes autonômicos e termogênicos, que levam ao estoque energético.

A atividade física é um componente importante, representa cerca de 20% a 30% do gasto energético total em adulto. Altera-se o balanço energético pelo aumento do consumo calórico, pela diminuição do gasto energético ou ambos, determina-se o gasto energético diário pela taxa metabólica basal (60% a 70%), pelo efeito térmico dos alimentos (10%) e pelo gasto de energia com atividade física (GUEDES et al.,2009).

A obesidade pode ter início em qualquer idade, desencadeada na infância como o desmame precoce, introdução inadequada de alimentos, distúrbios comportamentais e nos períodos de fases de aceleração do crescimento (FISBERG, 2005; GIULIANO et al.,2004 apud MACEDO e CANÇADO,2009).

Os problemas de aspectos emocionais e psicológicos são identificados como causadores ou consequências na condição de obeso, simultaneamente a uma condição clínica e educacional alterada (VASQUES et al.,2004).

A obesidade está associada a vários estressores interpessoais e à diminuição da autoestima, além dos fatores de riscos como: doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de câncer, hipertensão arterial, problemas respiratórios, distúrbios do aparelho locomotor e dislipidemias (DUCHESNE, 2001 apud NEUFELD et al, 2012).

Segundo Botero, 2001 pontua que duas causas da obesidade devem ser bem analisadas, como: A exógena onde são os fatores externos de origem comportamental, dietética e ambiental, sendo responsável por 95% dos casos; e a endógena com relação os fatores internos do organismo, como os componentes genéticos, psicológicos, endócrinos e metabólicos (BOTERO, 2001, apud SOUZA, 2006).

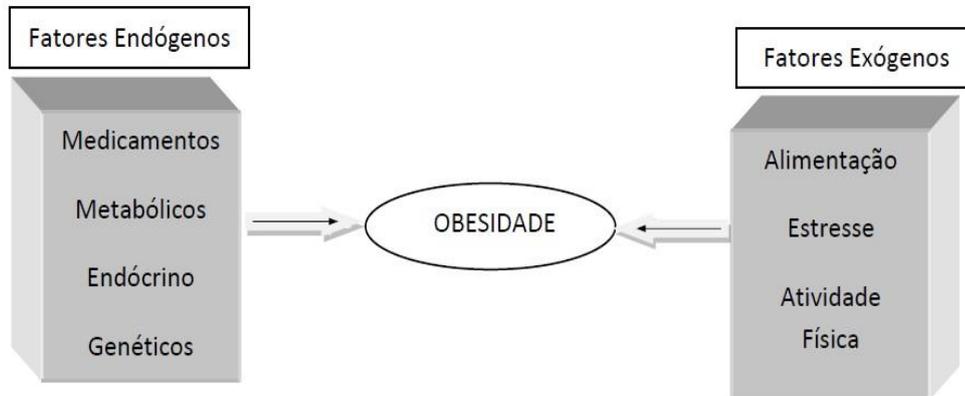


Figura 1. Diagrama de fatores etiológicos da obesidade, adaptado.

Fonte: DAMASO, (2003 apud SOUZA, 2006)

A modernização mundial trouxe mudanças econômicas, sociais e demográficas, responsáveis pela maior oferta de alimentos, como a transição nutricional, caracterizada pelo aumento do consumo de açúcares, gorduras, cereais refinados e pela redução no consumo de carboidratos complexos e fontes de fibras (MARINHO et al.,2003 apud SOUZA,2006). Os fatores socioculturais também influenciam como causas para a obesidade, o nível socioeconômico interfere no

acesso a informação e na disponibilidade de alimentos, determinando mais uma vez a prevalência para a obesidade.

Perder peso não é um trabalho fácil, requer mudança de hábito, ainda mais manter essa perda de peso. Por isto os aspectos emocionais são fundamentais serem trabalhados com indivíduos com obesidade.

2.3 CLASSIFICAÇÃO

Para um diagnóstico mais fidedigno requer uma identificação de níveis de riscos, necessitando de algumas formas de quantificação (GODOY et al, apud ABESO, 2009).

A maneira mais simples de avaliar e classificar a obesidade é pelo peso, porém nem sempre o pesado é obeso. A musculatura pesa mais que o tecido adiposo, assim um indivíduo musculoso, embora pesado, não costuma ser gordo (HALPERN, 1983 apud REZENDE, 2006).

No passado a avaliação padrão-ouro, o peso era medido dentro d água (peso submerso ou hidrostático), mais recentemente, técnicas de imagem como ressonância magnética, a tomografia computadorizada e absorciometria com raio-x de dupla energia, são alternativas, porém o custo e a falta dos equipamentos impedem o uso destas técnicas na prática clínica de profissionais especializados. Outras alternativas como a medida da prega cutânea, ultrassonografia, análise de bioimpedância e espectropia por raios infravermelhos, estão disponíveis e com menos custos (GODOY, et al. Apud ABESO, 2009).

Estas diversas formas de avaliar a massa gordurosa corporal e sua distribuição tem suas vantagens e desvantagens, como exemplo a medição da espessura das pregas cutâneas, há relação entre gordura localizada nos depósitos debaixo da pele e a gordura interna ou a densidade corporal, entretanto é uma limitação como método diagnóstico. A ultrassonografia cada vez mais utilizada e juntamente com a medida de pregas cutâneas, avalia a espessura do tecido adiposo e os tecidos mais profundos nas diferentes regiões corporais. A tomografia computadorizada como método de imagem considerado preciso e confiável para qualificar o tecido adiposo subcutâneo em especial o intra-abdominal. A ressonância magnética por ser um método não invasivo não expõe a pessoa à radiação,

podendo fazer um acompanhamento da gordura visceral em indivíduos com alto risco e que estejam em tratamento de perda de peso, porém seu alto custo não inviabiliza o uso cotidianamente. Já a Relação circunferência abdominal- Quadril (RCQ) é geralmente utilizado para obesidade central, a OMS considera um dos critérios para caracterizar a síndrome metabólica, sendo valores para homem (0,90) e mulheres (0,85). Na medida da circunferência abdominal associa muito a gordura corporal total e reflete melhor o conteúdo de gordura visceral que na medida por RCQ (GODOY, et al. Apud ABESO, 2009; REZENDE, 2006).

A Antropometria é um método considerável confiável, além de ser barato e de boa aceitação pela população. Os índices antropométricos são obtidos pela combinação de duas ou mais informações antropométricas básicas como peso, gênero, idade e altura (ABRANTES, et al., apud MACEDO e CANÇADO, 2009). Porém o IMC (Índice de Massa Corpórea) ou índice de Quetelet é o mais utilizado na prática, sendo um bom indicador, porém não totalmente correlacionado com gordura corporal. A classificação é adaptada pela Organização Mundial da saúde, baseada em padrões internacionais desenvolvidos para indivíduos adultos descendentes de europeus (GODOY, et. al., apud ABESO, 2009).

$$IMC = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Tabela 1. Classificação de peso pelo IMC

<i>Classificação</i>	<i>IMC(kg /m²)</i>	<i>Risco de comorbidades</i>
<i>Baixo peso</i>	<i>< 18,5</i>	<i>baixo</i>
<i>Peso normal</i>	<i>18,5 – 24,9</i>	<i>médio</i>
<i>Sobrepeso</i>	<i>> 25</i>	<i>-</i>
<i>Pré-obeso</i>	<i>25,0 a 29,9</i>	<i>aumentado</i>
<i>Obeso I</i>	<i>30,0 a 34,9</i>	<i>moderado</i>
<i>Obeso II</i>	<i>35,0 a 39,9</i>	<i>grave</i>
<i>Obeso III</i>	<i>>40,0</i>	<i>Muito grave</i>

Fonte: GODOY, et al., (apud ABESO, 2009).

O IMC apresenta algumas limitações, como: Não distingue massa gordurosa da massa magra, dificultando em pessoas mais velhas em decorrência da perda massa magra e diminuição do peso e superestimado em indivíduos musculosos. Outro ponto é que não reflete necessariamente a distribuição da gordura corporal, por exemplo, indivíduos com mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral (intra-abdominal), homens e mulheres têm

diferenças nas circunferências e a outra limitação é não apontar necessariamente o mesmo grau de gordura em populações diversas, particularmente pela causa das diferentes proporções corporais (GODOY, et.al., apud ABESO, 2009).

Acredita-se que a combinação do IMC com medidas da distribuição de gordura pode ajudar alguns problemas do uso de IMC isolados.

De acordo com Monteiro, 1998 apud Rezende, (2009) que a obesidade pode ser classificada por outros aspectos, como quanto as circunstâncias em que a obesidade ocorre, como na obesidade de longa data exemplo crianças, na puberdade, na gravidez, na interrupção de exercícios, no secundário uso de drogas, após a parada de pessoas que fumavam e obesidade endócrina; quanto ao gasto ineficiente de energia está a vida sedentária onde as pessoas comem mais que gastam; quanto ao número de células gordurosas, encontramos a obesidade hiper celular é o aumento do número total de células adiposas esta forma de obesidade é encontrada em crianças ou na puberdade, porém também encontradas em pessoas com 75% de excesso de peso corporal e a obesidade hipertrófica esta é pelo aumento de tamanho das células adiposas por acúmulo de lipídios este tipo inicia na vida adulta, por gestação e se correlaciona mais com a distribuição andróide por gordura; e quanto a distribuição da gordura no corpo, existe dois tipos básicos a obesidade andróide e a gínóide. A andróide é a obesidade visceral, que acumula na região abdominal esta entre as vísceras, já a gínóide é a obesidade subcutânea que se concentra na região subcutânea. Lembrando que o tipo Andróide é que mais associa ao maior risco cardiovascular.

Sabe-se que a causa da obesidade são várias, por tanto a necessidade de uma boa avaliação requer a interação de uma equipe multiprofissional para dar conta desta doença.

2.4 EPIDEMIOLOGIA

Os estudos epidemiológicos no mundo têm pontuado importantes transformações demográficas e socioeconômicas nos padrões de atividade física e no comportamento alimentar nas últimas décadas (SARTURE et al., 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) 2012 considera a obesidade um problema importante de Saúde Pública em todo mundo, e que em todas as regiões a obesidade duplicou nos anos entre 1980 a 2008. Afirma através do relatório de

Estatísticas Mundiais de Saúde 2012 que a obesidade é causa de morte de 2,8 milhões de pessoas ao ano, que continente Americano 26% dos adultos são obesos, sendo a região com maior incidência do problema, no extremo oposto está o Sudeste Asiático, com apenas 3% de obesos. Os dados servem para alertar o aumento das doenças não contagiosas ligadas a obesidade como: diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, que representam 2/3 das mortes no mundo.

No Brasil, o Ministério da saúde divulgou que o custo anual com internações e tratamentos relacionados à doença na rede pública é de aproximadamente R\$ 488 milhões, um quarto deste valor é com obesidade grave (GONTOIS, 2012), juntamente com as comorbidades da doença. As mulheres são as mais afetadas por doenças relacionadas à obesidade, cerca de 1,14% encontram-se obesas, contra 0,44% dos homens.

Gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) Cerca de R\$ 328 milhões são consumidos em doenças relacionadas às mulheres obesas. Atualmente estimasse cerca de 15% dos Brasileiros sejam obesos, sendo que na Argentina 20,5%, no Chile de 25,1 % e nos Estados Unidos de 27,6%. Com tudo, a obesidade é preocupante como em todo mundo, no Brasil tem registrado um aumento médio de 0,76% na taxa de obesidade ao ano, já o excesso de peso crescido em 1,05 por ano e a obesidade grave (Mórbida) apresentando crescimento de 4,3%. (GONTOIS, 2012).

A manutenção da obesidade ou o seu agravamento, faz com que o indivíduo se torne cada vez mais susceptível as doenças e mortes precoces. Pela dificuldade de perda de peso, o mais interessante é o tratamento precoce, evitando desta maneira a obesidade infantil que vem crescendo de uma maneira epidêmica (REZENDE, 2009).

A obesidade infantil tem aumentado de forma preocupante no mundo inteiro, acometendo países desenvolvidos como os em desenvolvimento (FERNANDO et al.,2007; GUILLAUME,1999; apud MACEDO e CANÇADO, 2009). Além do aparecimento das diversas patologias a obesidade infantil traz os distúrbios biopsicossociais como a discriminação, autoimagem negativa, depressão e socialização diminuída (FISBERG, 2005, apud MACEDO e CANÇADO, 2009).

Segundo Reis, (2010) a obesidade sofre pressão sociocultural exacerbado e que seus efeitos acarretam o sofrer psicológico negativamente,

incluindo baixa autoestima, ansiedade, baixa qualidade de vida, insatisfação com a imagem corporal, distúrbios de comportamento alimentar, depressão e inclusive nas mulheres, aumento do risco de pensamentos e tentativas suicidas.

A obesidade está em vários fatores, dentre eles o genético e o ambiental, que muitos casos predominam os maus hábitos de vida, comportamentos alimentares não assertivos e falta de atividades físicas; bem como os fatores sócio culturais, endócrinos e neurológicos, emocionais e psicológicos (FISBERG, 2004, apud REZENDE, 2009).

Destaca-se que as indústrias alimentícias tem grande parte em colaborar para o crescimento da obesidade promovendo dietas ricas em calorias e um estilo de vida sedentário (REIS, 2010).

Portanto os esforços devem ir ao sentido de controlar a obesidade e para isto a sociedade no geral deve engajar-se juntamente com as Políticas Públicas intervindo na promoção, prevenção e tratamento (REIS, 2010; REZENDE, 2009).

3 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

A Terapia cognitiva como sistema de Psicoterapia, surgiu no século XX - década de 60. Aaron Beck, com seus estudos empíricos na tentativa de confirmar os princípios da psicanálise, estudos estes com pacientes depressivos geraram resultados negativos contrariando o modelo psicanalítico de depressão, propondo então um novo modelo ao qual evoluiu com aspecto teórico e prático resultando um novo sistema a Terapia cognitiva (SERRA, 2013).

Segundo Serra, (2013) a trajetória histórica seja própria ou independente, a Terapia Cognitiva é frequentemente identificada com a Terapia comportamental e têm sido empregadas as denominações como Terapia Cognitiva e Terapia Cognitiva - Comportamental.

Na década de 50, nos Estados Unidos já sinalizavam uma transição para a perspectiva Cognitiva do processamento de informação, onde clínicos defendiam uma abordagem mais cognitiva aos transtornos emocionais, aparecem às convergências entre o modelo Psicanalítico da raiva retroflexa e Behaviorista do condicionamento operante (SERRA, 2013).

Final da década de 70 as cognições começam a aparecer como componente de tratamento (MARGOLIN e WEISS, 1978; apud DATTILIO 2011), resultado de um movimento de insatisfação com os modelos estritamente comportamentais (estímulo-resposta/S-R), que não reconheciam a importância dos processos cognitivos mediando o comportamento (DOBSON, et al., 1988, 2004; FALCONE, 2006; apud RANGÉ et. al., 2007).

Em 1952, Hans J.Eysenck já havia realizado um estudo onde não encontrara evidências de que a eficácia da terapia psicanalítica fosse maior do que a remissão espontânea (melhora produzida sem nenhum tratamento específico), outros autores da época afirmaram não haver indícios aceitáveis que apoiassem a eficácia do tratamento psicanalítico (RANGÉ et al., 2007). Aaron Beck relata que seus questionamentos a psicanálise tiveram início em 1956, quando verificou que a hipótese da raiva retrofletida não confirmara em seu estudo com pacientes deprimidos (RANGE, et al., 2007), frente suas observações clínicas e experimentais, propôs a teoria cognitiva da depressão, expunha que a negatividade geral expressa por seus pacientes não era sintoma, mas sim o desempenho de uma função central

na instalação e manutenção da depressão. Indivíduos Depressivos distorciam a realidade, aplicando um viés negativo no processamento de informação. Beck pontua a cognição, e não a emoção, como o fator essencial da depressão, portanto, um transtorno de pensamento e não um transtorno emocional (SERRA, 2013).

Albert Ellis (1913-2007), mesmo vindo da escola psicanalista revelou insatisfações com os resultados práticos do trabalho psicanalítico (Ellis, 1997, apud RANGÉ, 2007).

Autores que contribuíram para a abordagem TCCs, Albert Bandura, 1969(Princípios de Modificação do Comportamento) um dos mais importantes críticos do modelo operante, onde propôs uma compreensão da aprendizagem, conhecida como “modelação”, que é frequente entre os seres humanos e ocorre pela observação de um modelo, sem a necessária reprodução do comportamento. Outro que contribuiu foi Michael Mahoney em com sua publicação intitulada Cognition and Behavior Modification em 1974 fazendo uma análise crítica aos modelos mediacionais, enfatiza a importância do processamento cognitivo, o qual poderia ser sustentado cientificamente. Os russos, dentre os quais se destaca Lev Semenovitch Vygotsky, 1896, com os princípios estritamente comportamentais, verificou que crianças eram bem sucedidas na aprendizagem de regras gramaticais, independente de reforçamento (RANGÉ et al., 2007). Estes autores publicaram obras importantes para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais na intervenção sobre variáveis cognitivas (SERRA, 2013).

O desenvolvimento da Terapia Comportamental teve como precursor as obras de Skinner na década de 50, onde os princípios fundamentais do Behaviorismo podiam ser resumidos que a mente não representava um objeto legítimo de estudo científico, o foco de avaliação e tratamento deveria ser dirigido ao que se pudesse observar operacionalizado e medido na modificação do comportamento, o problema limitava-se ao comportamento observável. Na época com o insucesso no tratamento para pacientes com depressão pelos terapeutas comportamentais e a resistência da terapia comportamental a conceitos e técnicas cognitivas, Beck assegura através do modelo cognitivo onde incluía tarefas comportamentais, sessões estruturadas, prazo limitado de tratamento, comprovação científica e registro diário de experiências maladaptativas, surge então o interesse por parte dos comportamentais. Os comportamentais passam a incluir técnicas cognitivas em seus programas de tratamento, ao mesmo tempo em que behavioristas passaram a tomar a cognição

como um construto mediando entre ambiente e o comportamento, superando as resistências (SERRA, 2013).

Toda via esta teoria contribuiu para o desenvolvimento da Psicologia Clínica resultando numa importante forma como são avaliadas as abordagens psicoterápicas, através de estudos controlados de eficácia (BAHLS e NOVALAR, 2004; SERRA, 2013).

Desta maneira, as terapias chamadas de terapias cognitivo-comportamentais (TCC), denominam-se pela integração de conceitos e técnicas cognitivas e Comportamentais, hoje em dia dispõem de uma ampla gama de tratamento de diversos problemas de psicopatologias, além de trabalhos de pesquisas a fim de verificar experimentalmente a eficácia destes (HAWTON, et al,1997; BIGGS & RUSH,1999);

Mesmo frente às divergências destas terapias, elas compartilham o pressuposto teórico que as mudanças terapêuticas acontecem na medida em que sofrem alterações nos modos disfuncionais do pensamento, portanto o ambiente constitui uma serie de eventos que podem ser classificados de neutros, positivos e negativos, e o que o individuo faz destes acontecimentos (avaliação cognitiva) é que determina o tipo de resposta que será dada em forma de sentimento e comportamento. Por tanto, a TCC enfatiza o pensamento e a forma como o individuo interpreta seu mundo (BAHLS e NOVALAR, 2004).

De forma geral, o processo terapêutico tem como objetivo central corrigir as distorções cognitivas e levar o cliente a interpretações mais realistas dos eventos (ABREU E ROSO 2003; apud RONDINA, 2006), a metodologia utilizada é a cooperação entre terapeuta e o cliente de forma que as estratégias para superação dos problemas seja planejada em conjunto (LIMA & WIELENSKA, 1993; apud RONDINA, 2006). Busca-se definir claramente os objetivos, especificando-os de acordo com os problemas e questões trazidas pelo cliente.

O tratamento foca-se no sofrimento que o cliente trás, ou seja, nas distorções que o individuo avalia de si e do mundo. Denomina-se “esquemas” a base para a avaliação das experiências, as estruturas cognitivas organizam-se em níveis, durante o processo terapêutico explora-se os níveis, partindo dos pensamentos automáticos até chegar ao sistema de crenças do individuo, então estas crenças são testadas a partir de argumentos e propostas de exercícios que o cliente realizará durante a terapia e em demais contextos (SHINOHARA, 1997; apud Bahls e

NOVALAR, 2004). Com tudo são utilizadas técnicas cognitivas que buscam identificar os pensamentos automáticos, testando e substituindo as distorções cognitivas; já as técnicas comportamentais são empregadas para modificar condutas inadequadas relacionadas com o transtorno psiquiátrico em questão (BAHLS e NOVALAR, 2004).

No que tange ao tratamento psicoterápico da obesidade que é o estudo proposto deste trabalho, a TCC tem trazido suas contribuições. Vem mostrando sua eficácia por trabalhar a partir da estrutura operante do cliente com objetivo de organizar as contingências para a mudança de peso e comportamentos, relacionados ao autocontrole de comportamentos alimentares e contexto situacional amplo; na avaliação e correção de pensamentos inadequados são procedimentos disparadores e frequentes no processo para mudança comportamental. . A reestruturação cognitiva, imagens orientadas, o treinamento da autoinstrução, a determinação de objetivos, o estímulo ao reforço e resolução de problemas são alguns procedimentos inter-relacionados, de base cognitiva, incorporados a outros programas comportamentais (ABREU, 2003 apud VASQUEZ et al.,2004). Outro fator importante é o uso das técnicas comportamentais com o objetivo do cliente identificar os estímulos que antecedem ao comportamento compulsivo, bem como situações que facilitam a sua não continuidade no tratamento, as estratégias cognitivo-comportamental visam à modificação de hábitos prejudiciais ao cliente (BRITO et al.,2005)

Portanto a orientação com cognitivo-comportamental segue o modelo que identifica a crença central e intermediária (regra, atitude, suposição), levando a um pensamento e influencia uma situação, e vice versa trazendo reações emocionais, comportamentais e fisiológicas (HAWTON, 1997; apud VASQUES et al., 2004). Segundo esta orientação de pensamento os sistemas de crenças dos indivíduos obesos focam em sentimentos e comportamentos desencadeados por pensamentos disfuncionais a cerca de seu peso, da alimentação e do valor pessoal. (ABREU, 2003; apud VASQUES et al. 2004).

Estudiosos neste assunto e na atuação em TCC como Judith Beck em 2009 lança a “dieta definitiva de Beck” desenvolvida para proporcionar um emagrecimento saudável e duradouro, aperfeiçoando este programa em 2011 desenvolveu o “Pense magro por toda vida” o foco principal está na psicoeducação

de ensinar habilidades necessárias para atingir o emagrecimento permanente (NEUFELD et al.,2012).

O desafio da atuação em psicoterapia foco em TCC relacionado à obesidade tem se expandido de forma notável na última década, através de pesquisas e publicações de obras.

Assim sendo o presente trabalho segue apresentando segundo alguns autores as contribuições da TCC em indivíduos obesos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A principal característica da TCC é a importância que dá aos pensamentos, que são sustentados por um sistema de crenças responsáveis por determinados sentimentos e comportamentos do indivíduo (VERAS, 2010).

O departamento de psicologia e Pediatria Universidade Hospital de Ghent desenvolveu um programa de controle de peso para crianças obesas com os princípios da terapia comportamental, dividido em quatro áreas: estratégias cognitivas (visam trabalhar autocontrole através da aprendizagem da auto-observação e autoavaliação), estratégias comportamentais (Os ensaios de situações, “coping skills” para lidar com stress ex: as festas). As estratégias comportamentais englobam técnicas de estímulo positivo através da recompensa, automonitorização dos hábitos alimentares e de exercício, com posterior aconselhamento e correção, e estabelecimento de regras como a limitação dos locais onde comer exemplo, no sofá; educação componentes educacionais serviam para a transmissão de informação e criação do dia-a-dia mais saudável através do aumento do dispêndio energético nas atividades diárias e prática de uma alimentação saudável (ignorando “dietas” ou determinado exercício mais intenso); e por final a motivação (serve para a manutenção do comportamento saudável a longo-prazo, sendo um estímulo obtido através da alternância das atividades desportivas, inclusão de jogos e atividades lúdicas como culinária). (BRAET et al., 1997, apud REIS, 2010).

Numa investigação com adolescentes comparou dois grupos, um o grupo de controle que estava na lista de espera e o outro a receber dez sessões de intervenção cognitivo-comportamental seguidas de dez contactos telefônicos, com uma frequência semanal. Concluiu que a psicoterapia conduz a uma diminuição de peso, de IMC e da circunferência da cintura. Não houve mudanças significativas no que concerne à prática de exercício físico, mas a diminuição do consumo de refrigerantes pode ter contribuído de forma significativa para o sucesso da intervenção (TSIROS et al., 2008, apud PIMENTA et al., 2009).

Vale ressaltar aqui que através de uma intervenção comportamental com crianças em excesso de peso, sendo uma sessão de exercício físico de maior duração, isto é, quarenta minutos por dia, cinco vezes por semana (em comparação

com uma prática mais breve do mesmo, concretamente, vinte minutos por dia, cinco vezes por semana) pode melhorar aspectos no funcionamento mental das crianças, fundamental para o desenvolvimento social e cognitivo (DAVIS et al., 2007, apud PIMENTA et al., 2009).

Também podemos ver em um estudo controlado a diminuição significativa na porcentagem do sobrepeso em crianças obesas que apresentam transtornos alimentares e problemas comportamentais após um programa comportamental estandardizado familiar de controle de peso, maior que dois anos de duração (EPSTEIN et al., 2001, apud BRITO et al. 2005).

No que compreende a perda de peso em crianças e adolescentes, o envolvimento dos pais é necessário para que o objetivo de perda de peso e de manutenção desta diminuição sejam atingidos (VAN DEN AKKER et al., 2007, apud PIMENTA et al., 2009).

BRENNAN et al. (2008), apud PIMENTA et al., (2009) documentam que treze sessões individuais de entrevista motivacional e TCC, seguidas de nove sessões de manutenção, foram eficazes na melhora da composição corporal, na saúde cardiovascular, nas rotinas alimentares e de exercício físico e ainda do funcionamento familiar e psicossocial de adolescentes com excesso de peso e obesidade.

Outra intervenção é a comparação de dois tipos de TCC com a duração de quatro meses. TCC de grupo com reforço de pares e TCC de grupo e exercício físico, conclui-se que ambos os tratamentos conduzem à perda de peso, porém os participantes da primeira intervenção - TCC com reforço de pares conseguem manter, de forma significativa, o peso perdido (35% versus 12% para um nível de significância igual a 0,042) 10 meses após o início dos tratamentos. O sucesso da TCC com reforço de pares reforça o fato dos jovens da mesma idade servirem de modelos em relação a comportamentos de saúde positivos, numa altura desenvolvimental durante a qual os adolescentes procuram a identificação com os pares. As atividades de grupo neste programa incluíam desafios físicos e mentais com o intuito de aumentar a autoconfiança e desenvolver capacidades sociais e de resolução de problemas (JELALIAN et al., 2006, apud PIMENTA et al., 2009).

Segundo SEEDO (2007, apud TORRES, 2011) é necessário à avaliação de sobrepeso e obesidade e estabelecimento de critérios de intervenção terapêutica para o tratamento da obesidade, onde requer: Controle da alimentação, controle

atividade física, mudanças no estilo de vida, tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, tratamento farmacológico e tratamento cirúrgico.

Um estudo experimental na Espanha, entre 2008 a 2009 teve como objetivo analisar a mudança nos hábitos de vida em pacientes obesos mediante a TCC, conjuntamente com fisioterapia estética (presoterapia/circulação veno-linfática). Uma amostra de 40 sujeitos com idades entre 25-60anos, com 90% de mulheres e 10% de homens, sendo grupo controle (20) e grupo de controle placebo (20). A duração da sessão terapia de 2 horas semanais, durante três meses. O grupo controle aplicava-se meia hora semanal de informações a promoção hábitos saudáveis. Trabalhou nas sessões de TCC 10 minutos para cada item como: Automonitoramento, controle de estímulo, flexibilidade no programa de alimentação, reestruturação cognitiva, relações interpessoal e manejo do estresse, recompensas, mudanças de atitude ao comer e prevenção de recaídas. Resultados significativos melhora na redução de azeites, controle na revisão de etiquetas dos alimentos, diminuição no picotear quando está baixo de animo, realizar exercícios físicos diariamente e consumir verduras a diário; contra o grupo controle placebo que encontraram diferença unicamente no consumo de verduras diário, portanto atingindo o objetivo na questão de mudanças de hábitos de vida (TORRES V. et al.,2011)

Neufeld et al.(2012) aponta relato de dez grupos totalizando 50 participantes,sexo feminino e com idades 40 a 16 anos,40% eram obesas e 38% apresentavam sobrepeso. Cada grupo teve duração de três meses, sendo doze encontros, onde seis de intervenção psicológica. Com foco em TCC, apresentaram melhora significativa nas questões de dificuldades interpessoais, ao grau de adaptação social, à autoestima, aos níveis de ansiedade, ao sentimento de bem estar das participantes e a diminuição da compulsão alimentar, além da redução do peso.

Outra investigação de estudiosos focalizou a eficácia da TCC nos sintomas psicopatológicos associados e característicos do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e no peso corporal. Sugerem que a TCC em grupo favorece uma redução da frequência da compulsão alimentar, variando entre 80 e 91% (DUCHESNE et al.,2007).

Na investigação com amostra de pacientes com esquizofrenia (que ganha peso ao uso da medicação) comprova que 16 sessões de terapia de grupo cognitivo-

comportamental são eficazes na perda de peso, em comparação com um grupo de controle. As sessões incluíam role playing, estabelecimento de objetivos, gestão da motivação, desenvolvimento de capacidades para resolução de problemas, análise de custo-benefício, exploração de obstáculos à mudança, informação sobre uma alimentação baixa em gordura e estabelecimento de plano para aumentar a atividade física. No grupo de TCC os participantes perderam em média 2,9% do peso corporal, enquanto no grupo de controle os sujeitos perderam 0,6%.(WEBER & WYNE, 2006, apud PIMENTA et al. 2009).

GRILO et al.(2005) apud DUCHESNE et al.,(2007) randomizaram 108 pacientes para quatro condições: TCC no formato individual combinada com fluoxetina, TCC combinada com placebo, fluoxetina ou placebo. Eles observaram taxas de remissão significativamente mais altas nos grupos com TCC, sem melhora significativa para o grupo em uso de fluoxetina ou placebo sem TCC. As taxas de remissão foram: 29% fluoxetina, 30% placebo, 55% TCC combinada com fluoxetina e 73% TCC combinada com placebo.

A literatura aponta numa avaliação com 69 pacientes, sendo 62 (89,9%) do sexo feminino, onde realizaram acompanhamento em grupo, correlacionando seu perfil, a permanência e a perda ponderal (PP). Os encontros semanais, com duração de 90 minutos, utilizadas técnicas de educação cooperativa, cognitivo-comportamentais e motivacionais para PP, adesão à dieta e atividade física, aferido peso semanalmente, discutidos os resultados em grupo e fornecida dieta hipocalórica. Observou-se que a PP média 6,63kg nos 20 participantes com permanência ≥ 12 semanas, obteve um bom resultado para os pacientes mais aderentes e parece ser mais adequado ao tratamento das mulheres e indivíduos com menores graus de obesidade (GUIMARÃES, 2011).

A grande maioria de intervenções comportamentais para o controle de peso tem utilizado tratamentos de curto prazo (média de doze semanas). A duração do tratamento influencia na perda de peso: terapia comportamental standard de 40 semanas tem maior impacto sobre a perda de peso, seis anos mais tarde, quando comparado ao de 20 semanas de tratamento (PERRI et al.,1989, apud BRITO et al. 2005).

Outro estudo aponta que o tratamento comportamental combinado com contato pós-tratamento com o terapeuta favorece maior perda de peso em longo prazo do que apenas o tratamento comportamental após 18 meses, reforçando que

a perda de peso é facilitada pela continuidade do contato paciente-terapeuta em longo prazo (PERRI et al., 1989 e 1988, apud BRITO et al. 2005).

Seguindo a mesma linha de pensamento quanto a contatos, autores pontuaram que os programas de terapia comportamental com contatos semanais e feedback individualizado pela internet propiciam maior perda de peso após seis meses do que aqueles que apenas oferecem links educacionais na web (TATI et al., 2001, apud BRITO et al. 2005).

Sabe-se que para ocorrer uma psicoeducação que é isto que proporcionada a TCC, é necessário à frequência do contato com o paciente, para melhor eficácia do tratamento e neste caso a consequência perda de peso.

Segundo literatura poucos estudos tem avaliado em obesos a questão da redução da gordura abdominal. Porém os realizados demonstram uma redução da circunferência abdominal (-2,9 cm), em mulheres tratadas com psicoterapia cognitivo comportamental, numa observação de 4,5 anos, embora não houvesse redução de peso corporal. Achado semelhante foi encontrado com redução de 2,4 % da gordura corporal, em sujeitos com sobrepeso após programa de estilo de vida ativa, embora sem redução global de peso (DUNN et al., 1999, apud BRITO et al. 2005).

Duchesne, (2001) com base em citações do Consenso Latino-Americano em Obesidade (CLAO), foca a TCC como estratégias eficazes no tratamento da obesidade e que apresentam diversas técnicas como a automonitoração onde auxiliam na identificação dos fatores que levam ao excesso de peso; procedimentos que envolvem controle de estímulos diminuindo a exposição do paciente às situações que facilitam a alimentação inadequada; identificação de situações que favorecem a alimentação excessiva e o planejamento de comportamentos alternativos ao tratamento; Treino em Resolução de Problemas uma estratégia útil para auxiliar na identificação de comportamentos alternativos; Treino em Habilidades Sociais como meio para favorecer um melhor enfrentamento dos estressores interpessoais que geram ansiedade, tristeza e consequente alimentação inadequada. Também é utilizada para estruturar estratégias facilitadoras de adesão ao programa de atividade física e consequentemente levando a perda de peso. 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 obtenção do emagrecimento.

Ressalvando o explicitado anteriormente, a literatura evidencia que a terapia cognitiva comportamental é eficaz na perda de peso (PIMENTA et al. 2009).

Finalizando, deixo uma citação de Stunkgard: “Como com qualquer outra doença crônica, raramente temos a oportunidade de curar, mas temos a oportunidade de tratar o paciente com respeito. Tal experiência pode ser a melhor prenda que se pode dar ao paciente obeso.” (FOSTER et al.,2005, apud REIS,2010).

5 METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo de uma revisão sobre obesidade com foco em tratamento com TCC, a metodologia foi a revisão de literatura, a partir de levantamento em base de dados SIECLO, BIREME e PUBMED. Para o levantamento bibliográfico, buscaram-se artigos e revistas científicas acerca de obesidade com foco em TCC. Após a coleta, as informações foram analisadas e comparadas, considerando alguns aspectos como sintomas apresentados no quadro clínico, fatores de risco e as consequências, bem como as intervenções de caráter preventivo. No acesso aos bancos de dados foram utilizadas as palavras chaves, como: Obesidade, Emagrecimento e Terapia Cognitiva Comportamental. Não foram especificados anos para a busca e tão pouca limitação de idiomas. Foram selecionados cerca de 30 trabalhos publicados, envolvendo artigos de revisão e pesquisas de campo.

6 CONCLUSÃO

Os estudos pontuam-nos diversas intervenções da TCC, e verificam que a necessidade do contato com o terapeuta após o término do tratamento faz a diferença; quanto ao número de sessões que deve ser a longo prazo; trabalho em grupo com maior respaldo ou por que poucos estudos individuais se têm até o momento; possibilita o enfoque com pessoas com transtornos psiquiátricos e com problemas de obesidade ou com sobrepeso; apresentaram basicamente as técnicas de Automonitoramento, controle de estímulo, reestruturação cognitiva, manejo do estresse, recompensas, mudanças de atitude ao comer e prevenção de recaídas. A qualidade de eficácia da TCC é apresentada, porém carece de estudos de longo prazo.

Vale ressaltar que o CLAO enfatiza a utilização da TCC como estratégia legítima de tratamento para a obesidade aonde vem consolidando a recente tendência da saúde pública de apoiar-se em estratégias com eficácia comprovada por pesquisas (Duchesne, 2001).

Mesmo considerando percentual de desistência e de sucesso baixo em programas de perda de peso que corresponde a uma grande parte dos sujeitos, sustenta que é crucial a adoção do aumento da adesão como foco de intervenção. Comprovam que a introdução de técnicas cognitivo-comportamentais para aumentar a motivação das pessoas para aderirem a um tratamento psicológico na perda de peso (e quando introduzidas antes do tratamento concretamente direcionado para a redução de peso), eficaz no aumento de adesão ao mesmo, em comparação com grupos de controle. (Pierce, et al.,1990; Teixeira et al.,2002, apud Pimenta et al. 2009).

Penso que a reestruturação cognitiva é que norteia todo o processo de mudanças para alcançar a perda de peso. O monitoramento de hábitos alimentares, o treino de resoluções de problemas, são técnicas da TCC que fazem a diferença no processo psicoterápico. Beck, (2011) pontua que a pessoa aprenderá como agir quando estiver estressado, cansado, doente, chateado, aborrecido ou sem ter o que fazer. E conseguirá controlar não só a sua alimentação e o seu peso, mas controlará melhor a sua vida também.

Frente ao olhar dos autores pesquisados sustentam o problema da pesquisa proposto onde várias técnicas do TCC têm trazido a eficácia para o tratamento da obesidade. Acredita-se que estudo de longa distancia sejam necessários para maiores avaliações. Os estudos apresentados são na maioria com o gênero feminino, necessitando de investigações de ambos os sexos e de faixas etárias diferenciadas, bem como o acompanhamento a longo prazo. Sugere-se que as pontuações citadas mereçam atenção especial em futuros estudos.

Conclui-se desta forma que a investigação realizada na área, e por tanto, sugerem significativamente a eficácia de intervenções da Terapia Cognitivo-Comportamental na diminuição de peso, no excesso de peso e obesidade.

REFERÊNCIAS

ABESO. **OMS: Obesidade Mata 2,8 milhões por Ano**, 2012. Pesquisado: <<http://www.abeso.org.br/lenoticia/876/oms:-obesidade-mata-28-milh%C3%B5es-por-ano.shtml>> Acessado em 09.04.2013.

AIMORÁ, L. LAUS VERAS. **Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental**. REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2010 VOLUME 6 N°2

BAHLS, SAINT-CLAIR, NAVOLAR, ARIANA BASSETTI BORBA. **Terapia Cognitivo-Comportamentais: Conceitos e Pressupostos Teóricos**, 2004. Pesquisado: <www.utp.br/psico.utp.online> Acessado em: 23.04.2013

BECK, JUDITH S. **Pense Magro. A dieta definitiva de Beck**, 2011 ed. Artmed

BRITO CLS, BYSTRONSKI DP, MOACH KD, STENZEL LM, REPETTO G. **Obesidade: Terapia Cognitivo-Comportamental. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/Projetos Diretrizes**. 2005. Pesquisado: http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/34-obesterap.pdf. Acessado: 29.11.2012

DATILLIO, FRANK M. **Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para Casais e famílias**. Porto alegre: artmed, 2011.

DUCHESNE, MONICA. **O consenso latino-americano em obesidade**. Rev. bras. ter. comport. cogn. vol.3 no.2 São Paulo dez. 2001

DUCHESNE, MÔNICA; APPOLINÁRIO, JOSÉ CARLOS; RANGÉ BERNARD PIMENTEL; FREITAS, SILVIA; PAPELBAUM, MARCELO; COUTINHO, WALMIR., **Evidências sobre a Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica**. Rev Psiquiatr RS. 2007; 29(1) – 81

GANTOIS, GUSTAVO. **Doenças relacionadas à obesidade custam R\$ 488 milhões por ano ao SUS, 2012.** Pesquisado:

<<http://noticias.terra.com.br/brasil/doencas-relacionadas-a-obesidade-custam-r-488-milhoes-por-ano-ao-sus,96cc1cc74338d310VgnVCM3000009acceb0aRCRD.html>.>

Acessado em: 15.04.2013.

GLOBAL HEALTH OBSERVATORY (GHO) **World Health Statistics 2012**

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/index.html>

Acessado em 15.04.13

GODOY MATOS AF, OLIVEIRA J, GUEDES EP, CARRARO L, LOPES AC, MANCINI MC, SUPPLY HL, BRITO CLS, BYSTRONSKI DP, MOMBACH KD, STENZEL LM, REPETTO G, RADOMINSKI RB, HALPERN ZSC, VILLARES SMF, ARRAIS RF, RODRIGUES MDB, MAZZA FC, BITTAR T, BENCHIMOL AK.

Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009-2010. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da síndrome Metabólica. Pesquisado: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>

Acessado em: 29.11.2012.

GUIMARÃES JB, TAVARES M, NEUMANN CR. **Tratamento da obesidade: modelo de grupo baseado em terapia cognitivo-comportamental.** Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 6(18): 73-81.

MACEDO, G. A. L., CANÇADO, I. A. C. **Prevalência de sobrepeso e Obesidade em Escolares de 10 a 12 anos do Ensino Fundamental I de escola Pública e Privada do Município de Pará de Minas – MG, 2009.** Pesquisado: <<http://WWW.fapam.edu.br/revista>.> Acessado em: 29.11.2012.

NEUFELD, C. B., MOREIRA, C. AP. M., XAVIER, G.S. **Terapia Cognitiva-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O relato de Uma Experiencia.** Porto Alegre-RS. Revista PSICO, v. 43, n. 1, pp. 93-100, jan./mar. 2012.

ONUBR. **Hipertensão, diabetes e obesidade estão em drástica ascensão no mundo, diz relatório da OMS** Pesquisado <<http://www.onu.org.br/hipertensao->

diabetes-e-obesidade-estao-em-drastica-ascensao-no-mundo-diz-relatorio-da-oms/
Acessado: 29.11.2012

PIMENTA, FILIPA; LEAL, ISABEL; BRANCO, JORGE, MAROCO, JORGE,;MAROCO, JOÃO. **O peso da mente – Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental.** *Análise Psicológica*, Lisboa, 2009 v.27 n. 2

PINTO, LIVIA KONDRAT. **Um Estudo com Psicodiagnóstico com Rorschach sobre o Funcionamento psíquico de pacientes que realizaram tratamento para obesidade** – São Paulo, 2011. Pesquisado: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde.../pinto_me.pdf.> Acessado em: 29.11.2012

RANGÉ, BERNARD PIMENTEL; FALCONE, ELIANE MARY DE OLIVEIRA; SARDINHA, ALINE. **História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil.** *REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS*, 2007. Pesquisado: <http://rbtc.org.br/edicao_atual.asp.> Acessado em : 09.04.2013

REIS, P.M.C. DOS. **Educação Terapêutica no tratamento da Obesidade Dinâmica de grupo - Porto**, 2010. Pesquisado: <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54405>.> Acessado em 29.11.2012.

REZENDE, C.A.A.D. **Estudo das Características Alimentares de crianças e Adolescentes com Excesso de Peso e de seus Cuidadores, em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Uberlândia – MG**, 2006. Pesquisado: <<http://www.teses.usp.br/teses>.> Acessado em: 29.11.2012.

RONDINA, REGINA DE CASSIA. **Terapia Cognitivo Comportamental: Desenvolvimento Histórico, Tendências Atuais**, 2006. Pesquisado: <<http://www.revista.inf.br/psicologia11/pages/artigos/edic11anoVInov2008-artigo05.pdf>.> Acessado em 23.04.13

SANTOS, A. M. DOS, SCHERER P. T. **Política alimentar Brasileira: fome e Obesidade, uma história de carências**- Porto Alegre/RS. Textos & Contextos, v. 11, n. 1, p. 92- 105, jan/ jul. 2012.

SARTORI, J.B, NEVES, J. DAS, PERES, K. G.. **Obesidade em Adultos: Estudo de base populacional num município de pequeno porte no Sul do Brasil em 2005. Pesquisado:**<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232010000100016&script=sci_abstract&tlng=pt> Acessado em: 29.11.2012

SERRA, ANA M. MARTINS. **Terapia Cognitiva, Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Comportamental**, 2013 Pesquisado:<http://www.itcbr.com/artigo_drana_tc.shtml> Acessado em: 23.04.13

SOUZA, VERÔNICA JÚLIA. **Hábito Alimentar de Pacientes Obesos Mórbidos**- Brasília, 2006. Pesquisado:<http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/539/1/2006_VeronicaJuliaSousa.pdf. > Acessado em: 20.11.2012

TOMAYCONZA, HEVER FALCON. **Historia de la obesidad en el mundo**.2008 Pesquisado:<<http://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad2.shtml>>. Acessado em: 25.03.2013

TORRES, V., SANCHEZ, A. M. CASTRO, PEÑARROCHA, G. A. MATARAN, PALOMO, I. LARA, FERRANDIZ, M. E. AGUILAR E LORENZO, C. MORENO. **Beneficios de la Terapia Cognitivo- Conductual y La presoterapia em pacientes obesos: ensayo clínicos aleatorizado**. Nutricion Hospitalaria, 2011;26(5), 1018 a 1024.

VARGAS, VANDRIELI. **ELEMENTOS PARA PENSAR A OBESIDADE, A DEPRESSÃO E A ANSIEDADE** – Ijuí/RS, 2012. Pesquisado:<<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1226/Elementos%20para%20pensar%20a%20obesidade,%20a%20depress%C3%A3o%20e%200a%20ansiedade.pdf?sequence=1>>. Acessado em: 29.11.2012

VASQUES, F. MARTINS, F. C., DE AZEVEDO, A. P. **Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade**, 2004. Pesquisado:<

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832004000400013&script=sci_arttext.>

Acessado em: 29.11.2012.