

JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1



**A TERAPIA COGNITIVA
COMPORTAMENTAL COMO FERRAMENTA
AUXILIAR NO COMBATE A OBESIDADE**

**COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AS A
TOOL TO ASSIST IN COMBATING OBESITY**

**Thécia Vitória Mariano BORGES
Faculdade Católica Dom Orione (FCDO)**

E-mail:

theciavitoriaborges@catolicaorione.edu.br

**Talita Maria Machado de FREITAS
Faculdade Católica Dom Orione (FCDO)
E-mail: talita@catolicaorione.edu.br**



RESUMO

A obesidade se trata de um grave problema de saúde física devido ao acúmulo de gordura no organismo. No entanto, se trata também de um problema de saúde mental no qual pode interferir na saúde de um modo geral do indivíduo. A partir do momento que há um grande índice de indivíduos nessa mesma situação, o problema passa a ser de saúde pública onde a sociedade precisa tomar cuidado com a situação. Em contrapartida, a psicologia dispõe de mecanismos e ferramentas terapêuticas, cujo quais podem auxiliar o indivíduo na luta contra esse mal, ajudando tanto no processo de redução de peso como nas condições de auto aceitação da pessoa. A partir de então, a luta contra a obesidade passa por vários cenários, desde as complicações no processo até a conclusão e alcance dos objetivos. Este trabalho se trata de um artigo de revisão de literatura. Foi elaborado com base em artigos já publicados em periódicos de relevância.

Palavras-chaves: Obesidade. Psicologia. Terapia.

ABSTRACT

Obesity treats a serious physical health problem due to the accumulation of fat in the body. However, also a mental health problem can interfere with the health of the individual in general. As soon as there is a large number of individuals in this same situation, the problem becomes public health where society needs to take care of the situation. On the other hand, psychology has mechanisms and therapeutic tools, which can help the individual in the fight against this disease, helping both in the process of weight reduction and in the person's conditions of self-acceptance. From then on, the fight against obesity goes through several scenarios, from complications in the process to the conclusion and achievement of objectives. This work is a literature review article. It was prepared based on articles already published in relevant journals.

Keywords: Obesity. Psychology. Therapy.

INTRODUÇÃO

Os anos dois mil trouxeram grandes avanços para a humanidade de um modo geral. A Corrida desenfreada contra o tempo se tornou uma das características mais marcantes do

indivíduo, e com essa pressa toda, algumas consequências são inevitáveis. A mais forte delas é a falta de cuidado com si próprio em relação à alimentação. Cada vez mais a sociedade tem menos tempo, passa a se alimentar de forma prejudicial, tanto na má qualidade dos alimentos como no consumo excessivo de alguns alimentos que são prejudiciais como os “*fast-food*”, por exemplo. Como consequência disso tudo, surge um grande problema mundial de saúde coletiva e ao mesmo tempo individual, a obesidade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é considerada como uma doença caracterizada pelo excesso de gordura corporal que traz problemas, de diversas naturezas, à saúde (Anjos 2006).

Assim, de acordo com Anjos (2006), a obesidade ocorre num quadro prolongado de ingestão de diversos nutrientes como carboidratos em grande quantidade e pouco gasto energético, ou seja, balanço energético totalmente descontrolado. O que pode fazer com que a gordura proveniente dos alimentos, venham a bioacumular no corpo.

Visando a luta contra a obesidade, tanto na prevenção como no tratamento daqueles que buscam a redução de peso, a psicologia dispõe de ferramentas como a terapia cognitiva que pode ajudar o indivíduo a alcançar seus objetivos de forma saudável e consistente. A terapia cognitiva (conhecida também como terapia cognitivo-comportamental) tem como objetivos, a mudança de estilo de vida em relação a padrões alimentares e de atividades físicas de um indivíduo. É um tratamento que considera os aspectos psicológicos relacionados à obesidade e a necessidade de algum tipo de intervenção (seja por medicamentos ou outros mecanismos) a esta população (LUZ E OLIVEIRA, 2013).

Abordaremos a obesidade como doença, o que leva o indivíduo a chegar nesse estado de saúde, bem como consequências ligadas a esse processo. Apontaremos também o papel da psicologia no processo de redução de peso e reeducação alimentar mediante a psicologia cognitiva, oferecendo alternativas de mudança de comportamento para melhoria da saúde do paciente.

A questão principal levantada neste trabalho é como a terapia cognitiva pode ser uma ferramenta fundamental no que diz respeito ao processo de emagrecimento de pessoas obesas, tendo em vista desafios e dificuldades tanto do paciente como do profissional. Com base no que foi dito anteriormente, o objetivo deste trabalho é ressaltar a importância da terapia cognitiva junto ao processo de redução de peso e mudança de comportamento do indivíduo, bem como buscar abordar a obesidade elencando seus conceitos, características, consequências e distúrbios e suas consequências.

Os objetivos específicos deste trabalho são explorar o papel da psicologia cognitiva e a sua importância de ser aplicada junto ao processo de emagrecimento. Elencar as alternativas para o paciente no processo de tratamento terapêutico de modo que alcance seus objetivos. Sendo assim os objetivos específicos, do Psicólogo será a marcação de consulta, marcação de exame, acompanhamento, fornecer informações aos pacientes por meio da psicoeducação sobre aspectos etiológicos, cognitivos, emocionais e socioculturais que envolvem a obesidade. O psicólogo vai oportunizar nesse processo de redução de peso e mudança de comportamento, alguns desafios.

Dessa forma, mostra-se relevante propor a estes participantes uma abordagem de tratamento multidisciplinar para que tais aspectos psicológicos sejam abordados. A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem útil deste tratamento, pois favorece a aquisição de hábitos saudáveis, promove a regulação afetiva, a reestruturação cognitiva e a melhora do enfrentamento de estressores psicossociais. O ato de "comer" pode servir para acalmar emoções profundas como tristeza, felicidade ou ansiedade. Assim é necessário administrar as emoções que levam o paciente a substituir a compulsão alimentar por práticas paralelas que podem ser o fumo, consumo alcoólico ou até mesmo a ingestão desorientada de fármacos (OLIVEIRA E SILVA, 2014).

A terapia cognitiva comportamental vem como um auxiliador nesse processo, no qual pode se oferecer alternativas de mudança de comportamento ao indivíduo, além de ajudá-lo a compreender melhor o processo e seus desafios para que alcance os objetivos de forma satisfatória e saudável (ANJOS, 2006; WANDERLEY E FERREIRA, 2010; OLIVEIRA, 2013).

Os objetivos vão desde a redução de peso, reorientação alimentar até modificação no modo de pensar com relação à própria saúde e os alimentos a serem ingeridos, além de recuperar sua saúde de um modo geral.

METODOLOGIA UTILIZADA

Este trabalho é um artigo de revisão de literatura, ou seja, foi elaborado com base em informações apresentadas por outros autores com trabalhos científicos publicados entre os anos de 1995 e 2020. Para construção e elaboração deste trabalho, foram utilizados como fontes de pesquisas, dois recursos disponíveis na *internet* como o *Google Academic* e a plataforma *Scielo*.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter bibliográfico, tendo como linha de base a escola da psicologia utilizando-se da psicologia cognitiva comportamental que trata

de questões relacionadas a mudanças de comportamento de um indivíduo.

O trabalho apresenta no primeiro tópico informações gerais que caracterizam a obesidade, bem como as implicações que leva o indivíduo a tal ponto. São apresentadas informações a respeito de demais características que estão ligadas a obesidade, o IMC-índice de massa corporal, transtorno compulsivo alimentar, alcoolismo, ansiedade e fumo. Em segundo plano, abordaremos a psicologia no processo de emagrecimento explorando o papel do profissional da psicologia no tratamento, o desafio do psicólogo mediante a obesidade e a importância da terapia cognitiva no processo de emagrecimento. No terceiro, abordaremos a importância da terapia cognitiva nesse processo de tratamento da redução de peso de pessoas obesas.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Obesidade

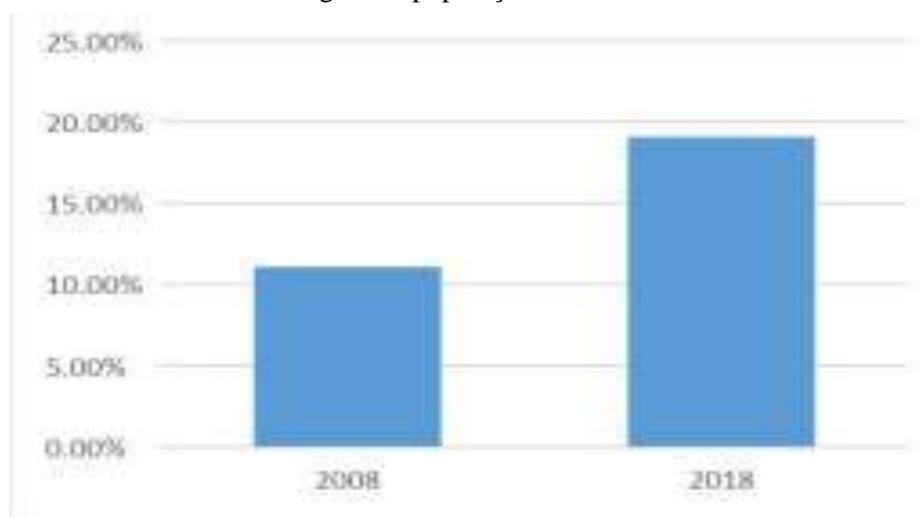
Lima e Oliveira (2016) identificaram que pessoas obesas em processo de emagrecimento apresentam sintomas de ansiedade, estresse e um perfil cognitivo disfuncional relacionado ao padrão alimentar e à autoestima, além de comportamentos não saudáveis, tais como alimentação compulsiva e baixa adesão a atividades físicas.

Segundo Piaget (1995) uma pessoa é capaz de desenvolver-se com base no ambiente na qual está inserida, ou seja, suas ações podem ser fruto de uma metodologia de comportamento do ambiente na qual pode influenciar toda sua biologia para modificação ou adequação da sua mente ao meio.

Trata-se de um problema de escala mundial. A obesidade é uma doença que vem se tornando um problema de grandes escalas e ganhando notoriedade em todos os cantos do mundo. Isso devido aos problemas hospedeiros que essa doença traz, além da possibilidade de sobrecarregar centros de saúde justamente por causa dos problemas que ela traz.

A Organização Mundial da Saúde – OMS a define como uma doença caracterizada pelo bioacúmulo excessivo de gordura corporal que traz consequências negativas à saúde. Apesar dessa definição assumir obesidade como doença, há possibilidades de que parte da comunidade científica não considere essa premissa como verdadeira.

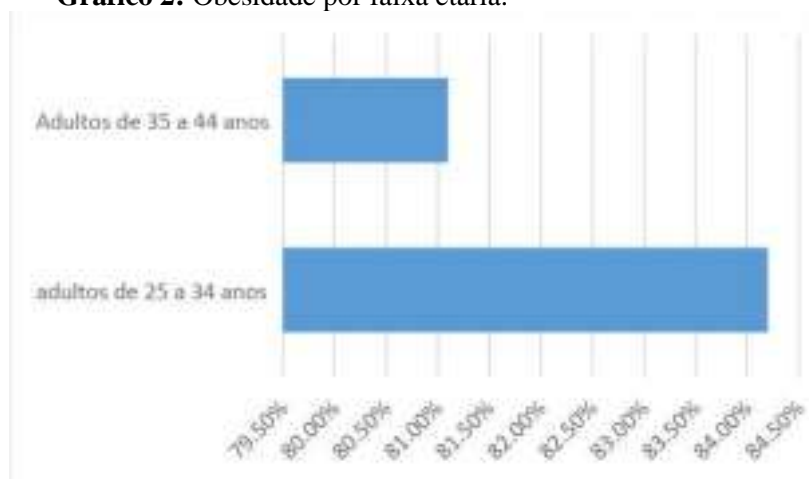
Gráfico 1: Porcentagem da população brasileira em estado de obesidade.



Fonte: Ministério da Saúde (2020)

Verifica-se que em 2018, 19,08 % da população brasileira encontra-se em estado de obesidade. Um salto muito significativo e preocupante perante os dados de 2006.

Gráfico 2: Obesidade por faixa etária.



Fonte: Ministério da Saúde (2020).

Contudo, o fato é que, a definição de uma doença, do ponto de vista tradicional, requer a existência de um grupo de sinais e sintomas e alteração funcional de uma forma universal.

Entretanto, como a obesidade é definida através de um valor antropométrico ou de gordura corporal acima de um ponto de corte, muitos consideram que tal procedimento, muito embora possa definir uma ameaça à saúde e longevidade, não permitiria considerar obesidade como doença (ANJOS, 2006, p. 11).

Todavia, não nos aprofundaremos nas questões de definições, nos manteremos apenas dentro da nossa alçada que é explorar as contribuições da terapia cognitiva no processo de emagrecimento de pessoas em estado extremo de obesidade.

De qualquer forma, segundo Wanderley e Ferreira (2010), devemos considerar que há um consenso na literatura de que sua etiologia é multifatorial, uma vez que envolve aspectos biológicos, históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais e culturais do indivíduo. O diagnóstico da obesidade é realizado a partir do parâmetro estipulado pela Organização Mundial de Saúde, o BMI - *Body Mass Index*, no Brasil é mais conhecido como IMC – Índice de Massa Corporal.

O IMC – Índice de Massa Corporal

O emagrecimento ao peso ideal sempre foi, acima de tudo, objetivo do tratamento da obesidade. Tal objetivo, alvo de questionamentos, sofre a alguns anos modificações. Atualmente aponta-se que uma redução de 5% a 25% do peso corporal inicial traz benefícios significativos (Rezende, 2010). Keys *et al.* (1972) sugeriram chamar a relação massa corpórea de Índice de Massa Corporal (IMC), com a massa corporal expressa em quilogramas e a estatura em metros.

Podemos dizer também que essa relação ficou popular na avaliação nutricional de adultos. Posteriormente, a comunidade nutricionista passou a chamá-la também de índice de Quetelet como uma forma de homenagem a seu criador. Anjos (1992) nos explica que Isto se deve ao fato do IMC – Índice de Massa Corpórea ser aparentemente o de melhor correlação com MC (valores do coeficiente de correlação "r" normalmente superiores a 0,80) e, principalmente, pela sua baixa correlação com EST (normalmente "r" em torno de 0,10), fato que fora documentado e registrado internacionalmente em amostras de populações adultas.

Índice de massa corporal - IMC pode ser obtido a partir da relação calculada feita entre peso corpóreo (kg) e estatura (m)² dos indivíduos. Através deste parâmetro, são considerados obesos os indivíduos cujo IMC encontra-se num valor igual ou superior a 30 kg/m² (Wanderley e Ferreira, 2010).

O cálculo de IMC – Índice de Massa Corpórea

De acordo com todos os autores citados nesse tópico, os mesmos citam essa fórmula em comum. O cálculo é obtido pegando o MC – Massa corpórea que deve ser colocada em Kg – Quilograma, dividido pela ES – Estatura que é a altura elevada ao

quadrado.

$$IMC = \frac{MC(Kg)}{ES(m^2)}$$

A classificação do estado do indivíduo é classificado pela OMS que define os índices como: $IMC < 18,5 \text{kg/m}^2$ (baixo peso); $IMC > 18,5$ até $24,9 \text{kg/m}^2$ (eutrofia); $IMC \geq 25$ até $29,9 \text{kg/m}^2$ (sobrepeso); $IMC > 30,0 \text{kg/m}^2$ (obesidade).

Vale lembrar que, de acordo com Oliveira et al. (2012), há vários métodos utilizados para avaliar a composição corporal. A maioria deles, entretanto, pode não ser viável para uso em grandes grupos populacionais em razão de algumas dificuldades de operacionalização na logística de campo por profissionais, mais do que qualquer pessoa pode fazer. Entre as técnicas mais utilizadas na determinação dos componentes da composição corporal. Todos os índices relacionam a massa corporal à estatura. Como métodos menos utilizados, podem-se mencionar a pesagem hidrostática e a tomografia computadorizada, cujas medidas investem-se de grande precisão. No entanto, são de difícil execução e custo elevado, sendo utilizadas normalmente em ambiente laboratorial (RODRIGUES, 2001).

Existe também as análises por índices de dobras cutâneas. A medida das dobras cutâneas vem sendo utilizada em estudos populacionais para a avaliação do tecido adiposo subcutâneo, principalmente para identificar os pacientes com excesso de gordura (PETROSKI, 2008).

Podemos considerar também a bioimpedância que é a estimativa do percentual de gordura - %G pela bioimpedância (BIA), que tem como vantagem a simplicidade da medida. Sua utilização tem como objetivo, determinar o fracionamento da composição corporal, tal metodologia vem-se popularizando nas últimas décadas (RODRIGUES, 2001).

Os autores ressaltam que ainda temos a relação cintura/quadril (RCQ) e a circunferência da cintura (CC) que são utilizadas para avaliar a concentração abdominal de gordura corporal e sua relação com doenças crônicas não transmissíveis.

Todos os Métodos São Utilizados como Auxílio ao Método IMC

Entretanto, o IMC tem sido usado para avaliar o excesso de peso populacional e tem ganhado relevância nos estudos de saúde da população, tanto pela simplicidade e fácil obtenção dos dados que integram sua composição, bem como por possibilitar a classificação do estado antropométrico e monitoramento do excesso de peso (OLIVEIRA

et al. 2012).

Segundo Souza et al. (2005), falar da origem da obesidade na vida de um determinado indivíduo é abordar um assunto bem complexo, tendo em vista que sua causa é multifatorial. Isso quer dizer que envolve diversos fatores a serem considerados como causa, e por mais que existam um fator em específico, este nunca deve ser observado de forma isolada, sendo necessário levar em conta outros fatores hospedeiros. Esta mesma autora destaca que além de ser uma questão complexa, a obesidade também tem origem fisiológica, psicológica, social e situacional além de fatores ambientais, genéticos e comportamentais. As causas mais comuns são o sedentarismo, falta de exercícios físicos, alimentação descontrolada, doenças crônico-degenerativas, depressão, ansiedade e até distúrbios emocionais.

Segundo Rezende et al. (2010) de acordo com as recomendações dos órgãos mundiais, dentre eles a OMS:

O risco de morbidade em homens adultos eleva-se à medida que o indivíduo migra da categoria de IMC normal (IMC: 18,5 a 24,9kg/m²) para a categoria de sobrepeso (IMC: 25,0 a 29,9kg/m²) ou obesidade (IMC \geq 30kg/m²), e quando apresentam a medida de circunferência de cintura maior ou igual a 94cm e/ou quando a relação a cintura-quadril é maior ou igual a 1,0 (REZENDE, 2010).

As diferenças geográficas no país expressam diferenciações sociais na incidência da obesidade. Inicialmente, Batista Filho e Rissin (2010) verificaram que a maior prevalência de excesso de peso se dá nas regiões mais desenvolvidas do país (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) que conseqüentemente possuem renda mais elevada.

Entretanto, observaram que há tendência de aumento da obesidade nas regiões Norte e Nordeste. Assim, a comparação dos resultados dos estudos realizados pelos autores mostrou que as regiões do Sul e Sudeste do Brasil concentram grande parte da indústria alimentícia do Brasil, os chamados “*Fast Foods*”.

Além disso, os autores mostram que os estudos indicaram que a ocorrência desse agravo praticamente triplicou entre homens e mulheres maiores de vinte anos na região Nordeste e somente entre os homens do Sudeste. Isso se deve ao fato que pessoas dessa faixa etária, estão concluindo parte dos estudos e iniciando na vida de trabalho e graduação (Batista Filho e Rissin apud, Wanderley e Ferreira, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, o número de obesos no país aumentou 67,8% entre 2006 e 2018. Ao mesmo tempo, a população passou a adquirir hábitos mais saudáveis. Em 2018, os dados do ministério também apontaram que o crescimento da obesidade foi maior entre os adultos de 25 a 34 anos e 35 a 44 anos.

Apesar de o excesso de peso ser mais comum entre os homens, em 2018, as mulheres apresentaram obesidade ligeiramente maior, com 20,7%, em relação aos homens, e 18,7%, o que representa uma situação bastante preocupante.

De acordo com a Vigitel (2018) - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico, a prevalência da obesidade volta a crescer de forma preocupante no Brasil. Sobre esse índice, houve aumento de 67,8% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018.

O Brasil nos últimos três anos apresentava taxas estáveis da doença. Desde 2015, a prevalência de obesidade se manteve em 18,9%. (Vigitel, 2018; Ministério da Saúde, 2019).

O PSICÓLOGO E A TERAPIA COGNITIVA

O Papel do profissional da psicologia no tratamento contra obesidade

Na prática clínica, os dados de estudos populacionais podem auxiliar o profissional da psicologia a acompanhar o estado nutricional do seu paciente, principalmente em adolescentes e crianças cuja as quais apresentam um índice de massa corpórea baixa em relação aos adultos, e podem apresentar facilidade em adaptar-se com nossos comportamentos saudáveis (ANJOS, 2006).

Compreender aspectos básicos fisiológicos e biológicos (cujo os quais são ensinados ainda na graduação) faz com que o psicólogo tenha domínio sobre assuntos básicos, ou seja, o mesmo não será leigo e terá essas informações básicas para aliar as suas práticas clínicas de acompanhamento ao paciente. O papel do psicólogo é fundamental nesse processo, uma vez que fazendo uso da psicologia cognitiva, poderá entender o comportamento de seu paciente e estar preparado para apresentar alternativas de mudanças de hábitos.

Frente ao exposto, acreditamos ser necessário criar novas agendas de investigação em saúde psicanalista e de nutrição que valorizem abordagens metodológicas que partam da perspectiva da obesidade enquanto uma enfermidade multifatorial, não-fragmentada, como normalmente se apresenta a literatura sobre o tema (WANDERLEY & FERREIRA, 2010).

Ainda caminhando nesta mesma perspectiva dos autores, observamos que outros autores já têm realizado, mesmo que ainda timidamente, estudos com esta abordagem mais abrangente e plural. Nesse sentido, destacamos que é a partir da construção de estudos

dessa natureza que será possível promover uma instrumentalização mais eficiente dos profissionais de saúde para o tratamento da obesidade no nível individual e familiar, no qual as abordagens multidisciplinares e intersetoriais assumiram destaque.

Estes autores nos levam a entender mais claramente como pode se dar a atuação do psicólogo neste processo. Abordar a obesidade como sendo um problema de várias causas, sendo que possa haver uma principal. Logo após entender as causas, trabalhar em cima delas, propondo mudanças de hábitos constantes, para que o paciente não só compreenda a necessidade de se alimentar bem, mas que o mesmo consiga compreender os fenômenos que ele enfrentará no processo de mudança.

As questões a serem levantadas são: teria o tratamento psicológico cognitivo efetividade no tratamento contra a obesidade? Será o profissional da psicologia suficiente e satisfatório no processo mesmo processo de luta contra a obesidade? Para essas e outras questões, precisamos elencar fatores que elegem a psicologia cognitiva como uma alternativa eficaz que pode ser utilizada de forma paralela.

Em outras palavras, queremos dizer que um determinado indivíduo que se encontra em estado de obesidade, ao procurar um médico ou nutricionista, o mesmo poderá buscar um terapeuta para que faça utilização da psicologia cognitiva e suas técnicas em paralelo ao tratamento. Tanto o paciente pode procurar um psicólogo, como o médico, nutricionista ou o educador físico poderia recomendar um profissional para acompanhar o seu paciente.

Segundo Oliveira (2013), a psicoterapia cognitiva inicialmente foi desenvolvida por Aaron Beck (1964) para o tratamento de pessoas em depressão e posteriormente aplicada ao tratamento de uma variedade de transtornos psiquiátricos, como ansiedade, fobias e queixas somáticas. A terapia cognitiva, conhecida também como terapia cognitivo-comportamental – TCC tem como o objetivo trabalhar a mudança de estilo de vida em relação a padrões alimentares errôneos outrora desenvolvidos e oferecer outras atividades como alternativas substitutivas, inclusivas e complementares.

A atividade física e prática é o tratamento baseado em evidências de escolha para a obesidade ou para a vida saudável considerando os aspectos psicológicos, físicos, ambientais e emocionais relacionados ao paciente obeso e a necessidade de atendimento psicoterapêutico mais aprofundado (LUZ & OLIVEIRA, 2013). Vale lembrar que existe um transtorno alimentar em específico, mas nem todo obeso sofre desse transtorno, pois algum tem a origem da obesidade relacionada a outros fatores. Tal compulsão está presente apenas na vida de alguns, não de todos. O ponto onde queremos chegar é a mesma linha de

raciocínio de Duchesne et al, (2007).

Nem todo obeso tem problemas de compulsão e alimentar, mas a obesidade em si, se trata de um transtorno alimentar. Aqui nesse ponto não se trata da causa, mas sim da quantidade de alimentos que um determinado corpo ingere por dia. Veja que a abordagem aqui nesse ponto já se modificou. Ponto que deve ser observado pelo psicólogo terapeuta.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi considerada a forma de intervenção psicoterápica mais investigada no transtorno alimentar de um modo geral, através de ensaios clínicos randomizados e tem sido crescentemente utilizada em diversos centros especializados no tratamento dos transtornos alimentares e principalmente, pessoas obesas.

Ela baseia-se no pressuposto de que um sistema disfuncional de crenças está associado ao desenvolvimento e manutenção do transtorno alimentar. Conseqüentemente, a modificação de padrões distorcidos de raciocínio e a reestruturação destas mesmas crenças supervalorizadas e associadas ao peso e à imagem corporal, são focos primários do tratamento, sendo utilizadas várias técnicas cognitivas com essa finalidade (DUCHESNE et al, 2007).

Estes mesmos autores reforçam que a terapia cognitiva também emprega técnicas comportamentais para ajudar na modificação dos hábitos alimentares e não apenas focado em exercícios físicos. Como exemplos dessas técnicas, podem ser citadas a automonitorização (observação sistemática e registro dos alimentos ingeridos e das circunstâncias associadas), às técnicas para controle de estímulos (que envolvem a identificação das situações que favorecem a ocorrência da compulsão alimentar).

Um segundo ponto, o desenvolvimento de um estilo de vida que minimize o contato do paciente com essas situações que não respeitem as instruções a serem seguidas, e o treinamento centrado em resolução e compreensão de problemas, que ajuda o paciente a desenvolver estratégias alternativas para enfrentar suas dificuldades sem recorrer à alimentação inadequada como uma “válvula de escape”.

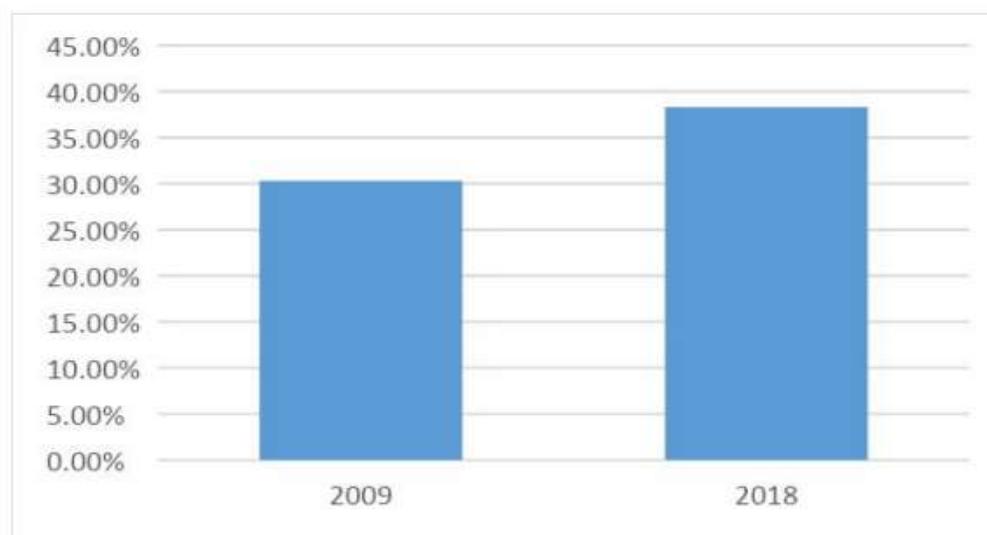
Em geral, as técnicas de terapia cognitiva também focalizam estratégias para prevenção de recaídas. Embora existam algumas diferenças no modo como ela pode ser empregada em diferentes casos clínicos, os programas utilizados pelos profissionais podem ser empregados no formato de grupo (com aproximadamente 10 pacientes com o mesmo progresso e objetivo), podendo ser com a duração média de 12 sessões de 90 minutos (DUCHESNE, et al, 2007).

Atividades Físicas Associadas à Terapia Cognitiva

A prática da atividade física como sugestão da psicologia cognitiva, vai muito além da academia em si. Esse tipo de terapia pode levar o indivíduo a desenvolver afinidades com alguma área esportiva. A terapia entra justamente no ponto onde o paciente poderá desistir, a mesma poderá ajudá-lo a enfrentar as dificuldades do processo e enfrentá-los de forma ativa.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a prática de alguma atividade física no tempo livre, pelo menos 150 minutos na semana, aumentou 25,7% (de 2009 a 2018) no Brasil, saindo de 30,3%, em 2009, para 38,1% em 2018.

Gráfico 3: Prática de atividade física dos brasileiros.



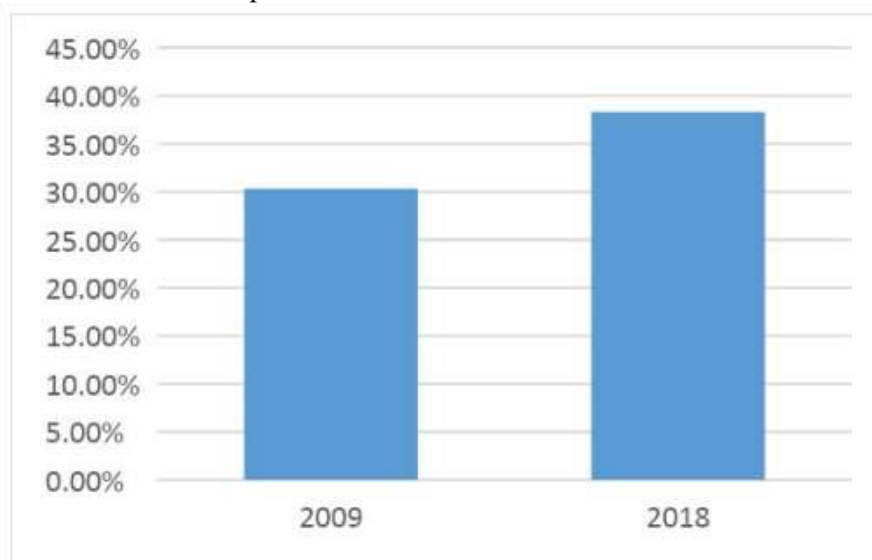
Fonte: Ministério da Saúde (2020).

Os dados ainda apontam que a prática de alguma atividade física no tempo livre é maior entre os homens, 45,4% do que entre as mulheres e 31,8%.

Quando verificado a incidência por faixa etária, o aumento é mais expressivo na população de 35 a 44 anos, justamente a população de maior incidência de obesidade, com crescimento de 40,6% nos últimos dez anos.

Em relação à inatividade física entre os brasileiros, a pesquisa apontou queda de 13,8%, em relação a 2009. O percentual de inatividade entre as mulheres foi 14,2% e entre os homens de 13%. Tais dados traduzem uma perspectiva preocupante onde a sociedade tem dedicado tempo a outras atividades, deixando de lado a vida alimentar saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Gráfico 4: O percentual de inatividade.



Fonte: Ministério da Saúde (2020).

Outras alternativas são as medicações, que por mais que sejam enxergadas de forma negativa, quando acompanhadas por profissionais capacitados, podem auxiliar o paciente durante a terapia cognitiva.

Quanto ao Uso de Medicamentos Associadas à Terapia

Duchesne *et al.* (2007) apontam alguns estudos controlados randomizados comparando a eficácia da terapia cognitiva comportamental de forma isolada com a terapia cognitiva comportamental associada a fármacos. Esses estudos demonstraram reduções significativas da compulsão alimentar após a terapia, sem utilização de desipramina, fluoxetina ou fluvoxamina.

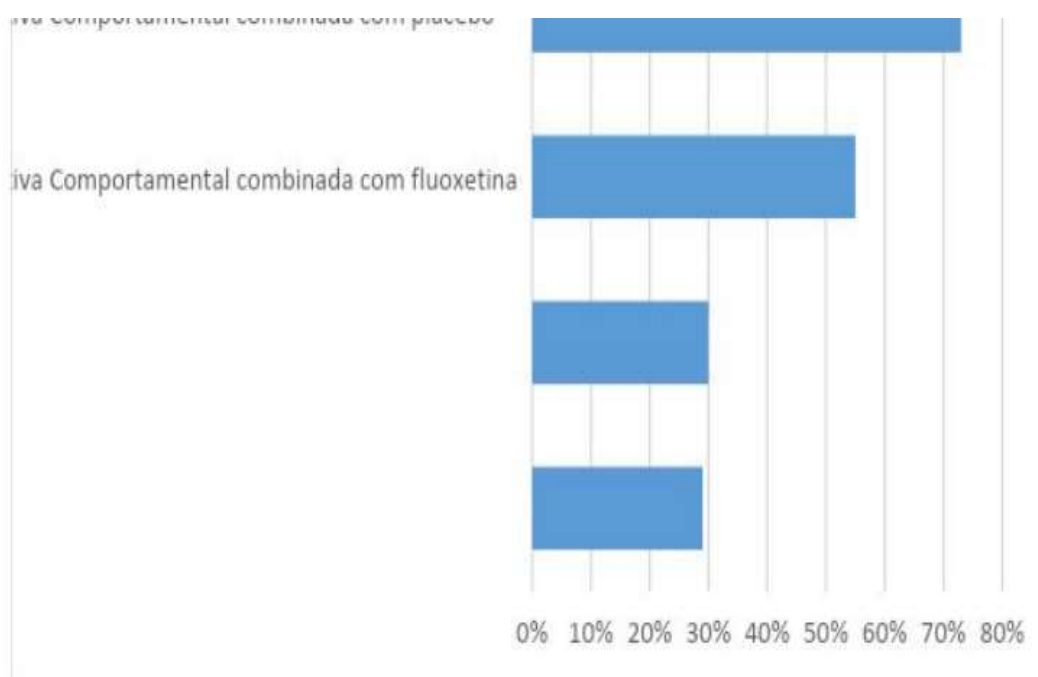
Grilo *et al.* (2005) randomizar 108 pacientes para algumas condições:³

- ❖ ● Grupo de Terapia Cognitiva Comportamental no formato individual combinada com fluoxetina;
- ❖ ● Grupo de Terapia cognitiva comportamental combinada com fluoxetina ou placebo.
- ❖ ● Grupo com uso apenas de fluoxetina;
- ❖ ● Grupo com uso apenas de placebo;

Os autores puderam observar que houve taxas de remissão significativamente mais altas nos grupos de terapia cognitiva com o uso associado de medicamentos do que com grupos de fizeram utilização apenas dos medicamentos, ou seja, sem orientação e

acompanhamento psicológico.

Gráfico 5: As taxas de remissão apresentadas pelos autores foram.



Fonte: Ministério da Saúde (2020)

Em um outro estudo, também utilizando terapia cognitiva no formato individual, Devlin *et al.* (2005) compara a eficácia de adicionar medicamentos e terapia cognitiva a um programa de terapia convencional. Foi observada uma melhora significativa no nível de ingestão alimentar desequilibrada.

Como resultado da adição de fármacos, 62% dos pacientes que receberam terapia cognitiva atingiram redução na disfunção alimentar. Todavia, nenhuma diferença significativa foi observada nas taxas de remissão da compulsão foi observada com o uso apenas de medicamentos, sem acompanhamento.

Kenardy *et al.* (2002) estudaram a eficácia da terapia cognitiva focada no objetivo de levar o paciente a entender sua situação e compreender a necessidade de mudança de comportamento de seu atual estado de saúde através de sugestões de atividades e outras técnicas privativas do ambiente clínico. Buscou-se nesses pacientes a diminuição das disfunções e desequilíbrio alimentar. Em pacientes obesos com diabetes tipo 2 (DM2) que apresentavam descontrole e disfunção alimentar que fizeram utilização da terapia cognitiva comportamental baseado nos princípios de autoconhecimento e auto-aceitação apresentaram melhoras significativas.

Eles demonstraram que ambos os tratamentos foram eficazes na redução da

frequência da compulsão alimentar, com uma taxa de remissão de 47% no final da terapia cognitiva comportamental e de 29% no tratamento alternativo. Adicionalmente, observaram que a melhora na compulsão alimentar associou-se a uma melhora do controle glicêmico. Os autores afirmam que além da redução da frequência dos episódios de compulsão alimentar, a diminuição da gravidade é consequência do desequilíbrio alimentar (KENARDY et al., 2002).

DIFICULDADES DO OBESO NO PROCESSO DE REDUÇÃO DE PESO

Abordaremos então a partir de agora alguns fatores que podem ser desenvolvidos pelo surgimento da obesidade ou no processo de luta contra a mesma. Tais problemas elencados, farão parte do trabalho a ser desenvolvido pelo terapeuta. De acordo com os autores consultados em todo este trabalho, as dificuldades sociais vão desde a discriminação até a falta de acessibilidade em vias e transportes públicos. Além da falta de informação da sociedade acerca da obesidade como uma doença grave.

Esses fatores problemáticos podem ser desenvolvidos como uma forma de “válvula de escape” na qual, no processo de terapia e emagrecimento, o paciente possa vir a desenvolver. Vale lembrar de que o mesmo estará apenas substituindo um problema pelo outro. Essas “válvulas de escape” deverão ser observadas pelo psicólogo e inseridas no trabalho da terapia cognitiva.

A questão da obesidade não está concentrada em si apenas. Ela pode ser uma porta de entrada para o desencadeamento de outros problemas tão graves quanto. Pelo fato de existirem pessoas em quadro de obesidade e sem perspectivas de melhoras, a maioria passa a estar em um estado de conformidade com a sua situação.

Como forma de descarregamento em momentos de estresse, o paciente desenvolve pequenos distúrbios, que podemos chamar de desequilíbrios ou disfunções comportamentais que são barreiras difíceis para o profissional.

Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica – TCAP

É caracterizado por episódios de compulsão alimentar dadas em duas situações. Pode ser desenvolvida durante o processo de ganha de peso no qual ela pode ser considerada como um dos motivos da obesidade, ou durante o tratamento terapêutico ou no processo de emagrecimento no qual o indivíduo na ausência dos hábitos alimentares, desenvolve algumas “Válvulas de escape” (DUCHESNE, et al, 2007). O autor nos lembra

que o paciente pode agir de forma extrema, de um lado a compulsão alimentar, do outro lado a exacerbada preocupação em não comer, o que pode gerar a bulimia nervosa (BN).

Durante o episódio de compulsão alimentar, há um sentimento de falta de controle sobre o comportamento associado à ingestão de grandes quantidades de alimento, mesmo que o paciente esteja sem fome, levando a um grande desconforto físico e emocional gerando sentimentos de angústia, tristeza, culpa, vergonha e/ou repulsa por si mesmo (Duchesne, et al. 2007). Vale lembrar que nem todos os indivíduos obesos ou em processo de perda de peso apresentam essa característica. Mas é uma variável que deve ser considerada.

Alcoolismo

Um dos pontos de fuga ou “válvula de escape” que pode ser desenvolvida pelo paciente é o consumo de bebidas alcoólicas como uma tentativa de suprir a lacuna deixada pela ingestão excessiva de alimentos. Dados inéditos do Ministério da Saúde apontam que 17,9% da população adulta no Brasil faz uso abusivo de bebida alcoólica. O percentual é 14,7% a mais do que o registrado no país em 2006 (15,6%). A pesquisa apontou ainda que o uso abusivo entre os homens é mais frequente na faixa etária de 25 a 34 anos, 34,2% e entre as mulheres nas idades de 18 a 24 anos (18%).

O menor percentual entre os homens e mulheres, foi observado em pessoa com 65 anos e mais, sendo, 7,2% entre homens e 2% em mulheres. O percentual de consumo abusivo entre os brasileiros tende a diminuir com o avanço da idade, justamente por causa das consequências que (no caso da obesidade), o corpo passa apresentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Vale lembrar que o Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Saúde Mental oferta de forma gratuita, o atendimento às pessoas que sofrem com a dependência alcoólica. Os serviços disponíveis compreendem as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental.

A ansiedade

Indivíduos inseguros, com fragilidade emocional, irritados, nervosos ou com dificuldade para lidar com situações estressantes do dia a dia, ao enfrentarem problemas da natureza do processo de emagrecimento, ao invés de utilizarem atitudes de resolução de

problemas, tendem a descarregar emocionalmente seus sentimentos para diminuir a sua ansiedade, desenvolvendo transtornos comportamentais e psíquicos (TOMAZ & ZANINI, 2009 *apud* LUZ E OLIVEIRA, 2013).

Durante o processo de pequenos surtos emocionais, há um sentimento de falta de controle sobre o comportamento associado à ingestão de grandes quantidades de alimento. Mesmo que o paciente esteja sem nenhum problema aparente, a situação de estresse o leva a um grande desconforto físico e emocional. Esse episódio é sucedido por um intenso mal-estar subjetivo, caracterizado por sentimentos de angústia, tristeza, culpa, vergonha e/ou repulsa por si mesmo (DUCHESNE, *et al.* 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos em diversas partes deste trabalho, vários autores confirmando a eficácia da terapia cognitiva como auxílio do paciente obeso para perda de peso. Os autores citados neste trabalho comprovam grupos de terapia cognitiva, seja coletivo ou acompanhamento individual, apresentou e podem apresentar melhorias comportamentais com ou sem uso de medicamentos, frente a tratamentos feitos apenas com base em medicamentos e nutricionista tradicional, o que potencializa o argumento deste trabalho de que a terapia tem eficácia no tratamento.

A restrição radical de alimentos não traz resultados satisfatórios quanto mais duradouros. Uma das consequências que isso pode trazer, é o quadro de bulimia e outros problemas devido a dietas sem acompanhamento. Devemos considerar que todo tipo de forma de emagrecimento “instantâneo” como prejudicial, por isso a necessidade do acompanhamento cognitivo focado na mudança de comportamento.

Mediante as informações apresentadas, a terapia cognitiva comportamental resulta em redução significativa da frequência e da gravidade da compulsão alimentar de pessoas obesas.

É um tratamento eficaz, funcional, satisfatório do ponto de vista clínico. Apesar das dificuldades encontradas pelo profissional, o psicólogo é capaz de acompanhar o paciente em um procedimento mais conhecido por ser administrado por educadores físicos e nutricionistas. O mesmo pode desempenhar um papel fundamental no processo de perda de peso.

É imprescindível entender que cada indivíduo vai expressar sentimentos e interesses diferentes. Sentimentos de raiva, culpa, frustração, sensação de abandono,

insegurança e outras reações são comuns antes, durante e depois do tratamento. Diante disso, além do psicólogo, um apoio da rede de contatos próxima, incluindo familiares, amigos e colegas, é necessário para o sucesso e a motivação desse paciente.

Questões relacionadas ao impulso alimentar e à fome também estão diretamente ligadas ao acompanhamento psicológico. Pacientes obesos muitas vezes não conseguem controlar a compulsão alimentar, já que essa é vista como uma tentativa de resolver angústias e outras fraquezas ou desafios. Mecanismos compensatórios, como o alcoolismo e outros vícios, também podem surgir neste percurso. Com isso há possibilidades de que ocorra o abandono do tratamento por parte do paciente. A terapia cognitiva atuará justamente nesse ponto, levando o paciente ao autoconhecimento e auto aceitação tanto das suas condições físicas como de suas características genéticas.

REFERÊNCIAS

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal ($\text{massa corporal}/\text{estatura}^2$) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Ver. Saúde públ.**, São Paulo, v. 26, n. 6. p. 431, 1992.

ANJOS, L. A. Obesidade e saúde pública [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. **Temas em saúde Collection**. 100 p. ISBN 978-85-7541-344-9.

BATISTA FILHO M, RISSIN A. Nutritional transition in Brazil: geographic and temporal trends. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 181-191, 2003.

BRASIL. MS. **Brasileiros que atingem maior índice de obesidade nos últimos 13 anos**. Disponível em: <[https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45612-brasileiros-atingem-maior-indice-d e-obesidade-nos-ultimos-treze-anos](https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45612-brasileiros-atingem-maior-indice-d-e-obesidade-nos-ultimos-treze-anos)>. Acesso em 04 de maio de 2020.

BRASIL. MS. **Consumo abusivo de álcool aumenta**. Disponível em: <<https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45613-consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres>>. Acesso em 03 de junho de 2020.

DEVLIN, M. J, FISCHER, S. E. Treatment of binge eating disorder. In: Wonderlich S, Mitchell J, de Zwaan M.; Steiger, H. Editors: **Eating disorders review**. Part 1. Oxford Radcliffe Publishing, 2005. pp. 27–41.

DUCHESNE, Mônica *et al.* Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 80-92, abr. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100015&lng=en&n rm=iso>. Acesso em 03 de junho de 2020.

GRILO, C. M, MASHEB R. M.; WILSON, G. T. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind

Thécia Vitória Mariano BORGES; Talita Maria Machado de FREITAS. A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL COMO FERRAMENTA AUXILIAR NO COMBATE A OBESIDADE. JNT-Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2022. FLUXO CONTÍNUO. Ed. 35. V. 1. Págs. 494-513. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdadefacit.edu.br.

placebo-controlled comparison. **Biol. Psychiatry**, USA, v. 57, n. 3, p. 92–301, 92005.
Kenardy J, Mensch M, Bowen K, Green B, Walton J. Group therapy for binge eating in type 2 diabetes: a randomized trial. **Diabet Med**. USA, v.19, n.3, p.234–9, 2002.

KEYS, A.; FIDANZA, F; KARVONEN, M.J.; KIMURA, N.; TAYLOR, H.L. Indices of relative weight and obesity. **J. chron. Dis**. USA, v. 25, p. 329-431972.

LIMA, N. A C. R.; OLIVEIRA, A. B. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. **Mudanças-Psicologia da Saúde**. São Paulo, v. 24, n. 1, jan-jun, 2016.

LUNARDI, Cláudia Cruz; PETROSKI, Édio Luiz. Índice de massa corporal, circunferência da cintura e dobra cutânea tricriptal na predição de alterações lipídicas em crianças com 11 anos de idade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 1009-1014, ago. 2008.

LUZ, Felipe Quinto da; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 159-173, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 28 abr. 2020.

OLIVEIRA, Ana Paula da Silva Vasques; SILVA, Marília Marques da. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 74-82, jun. 2014.

OLIVEIRA, Lucivalda Pereira Magalhães de *et al.* Índice de massa corporal obtido por medidas autorreferidas para a classificação do estado antropométrico de adultos: estudo de validação com residentes no município de Salvador, estado da Bahia, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 325-332, jun. 2012. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 de junho de 2020.

PIAGET, Jean. Seis estudos de Psicologia. 21^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1992 REZENDE, Fabiane Aparecida Canaan *et al.* Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. **Revista Brasileira Medicina e Esporte**, Niterói, v. 16, n. 2, p. 90-94, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000200002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 03 de junho de 2020.

RODRIGUES, M. N.; Estimativa da gordura corporal através de equipamentos de bioimpedância, dobras cutâneas e pesagem hidrostática. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, jul-ago, 2001.

SOUZA, Jakeline Maurício Bezerra de *et al.* Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 59-67, jun. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 de junho de 2020.

Thécia Vitória Mariano BORGES; Talita Maria Machado de FREITAS. A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL COMO FERRAMENTA AUXILIAR NO COMBATE A OBESIDADE. JNT-Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2022. FLUXO CONTÍNUO. Ed. 35. V. 1. Págs. 494-513. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdadefacit.edu.br.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira & FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciências saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de junho de 2020.