

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NUMA INTERFACE COM A NEUROPSICOLOGIA E O PROCESSO DE AVALIAÇÃO INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM INDIVÍDUOS ADULTOS ACOMETIDOS POR OBESIDADE

Sandra Santos Feitosa¹ e Kellen Verena de Souza².

¹Bacharel em Psicologia pela União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), Itabuna\Bahia\Brasil,²Mestre na área de Oncologia, Especialista em clínica Cognitiva Comportamental, Formação e Bacharel em Psicologia e Docente da UNIME, Itabuna – BA/ Brasil. Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Neuropsicologia da UNIGRAD de Itabuna\BA.

RESUMO: A obesidade é um fenômeno complexo de fatores multifatoriais. Achados neuropsicológicos indicam possíveis ligações com as funções executivas, a principal delas é o controle inibitório, que consiste em estímulos que impedem alcançar um objetivo. O Processo de intervenção é baseado na técnica cognitivo-comportamental, num programa pré-estabelecido, de avaliação individualizada e intervenção em grupo. Objetivo: Explicar através da terapia cognitivo-comportamental o processo de avaliação intervenção psicológica grupal de em indivíduos acometidos por obesidade leve a moderada na idade adulta, numa interface com a Neuropsicologia. Métodos: O texto corresponde a uma pesquisa bibliográfica, os critérios referentes à inclusão foram estudos empíricos, que avaliassem a eficácia da Técnica Cognitivo-Comportamental em trabalho complementar com aspectos Neuropsicológicos do tratamento da Obesidade, em indivíduos adultos acometidos de obesidade leve ou moderada. Os critérios adotados de exclusão foram investigar a eficácia da Técnica Cognitivo-comportamental sem intervenção médica, associação com fármacos, na obesidade grande com necessidade intervenções severas em conjunto e ou patologias ligadas á obesidade. Resultados: Os estudos sugerem que existe uma ligação entre controle inibitório e Obesidade. Para contemplar o tratamento adequado para cada caso específico, é necessário levar em consideração a integralidade do individuo, estabelecer alguns processos básicos de cunho multidisciplinar, sugerindo que os programa para redução de peso corporal, com devem focar a reestruturação cognitivo-comportamental e especificamente trabalhar o controle de estímulos.

Palavras Chave: Avaliação. Diagnóstico. Neuropsicologia. Obesidade. Tratamento. Terapia Cognitivo-Comportamental.

THE COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AN INTERFACE WITH NEUROPSYCHOLOGY AND EVALUATION PROCESS PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN INDIVIDUALS FOR OBESITY ADULTS AFFECTED.

ABSTRACT: Obesity is a complex multifactorial phenomenon of factors. Neuropsychological findings indicate possible links with executive functions, the main one is the inhibitory control, consisting of stimuli that prevent reaching a goal. The intervention process is based on cognitive behavioral technique, a pre-established program, an individual assessment and group intervention. Objective: Explain through cognitive behavioral therapy the evaluation process group psychological intervention in individuals affected by mild to moderate obesity in adulthood, an interface with the Neuropsychology. Methods: The text corresponds to a literature review, the criteria for inclusion were empirical studies to assess the efficacy of cognitive-behavioral technique in complementary work with Neuropsychological aspects of the treatment of obesity in adults afflicted with mild to moderate obesity. The criteria adopted for exclusion were to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral technique without medical intervention, associated with drugs in great need severe obesity interventions or linked together and will obesity pathologies. Results: Studies suggest that there is a link between obesity and inhibitory control. To contemplate the appropriate treatment for each individual case, it is necessary to take into account the integrity of the individual, establish some basic processes of multidisciplinary nature, suggesting that the program for reducing body weight, should focus on cognitive behavioral restructuring and specifically work the stimulus control.

Keywords: Assessment. Diagnosis. Neuropsychology. Obesity. Treatment. Cognitive-behavioral therapy.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos transtornos preocupantes da atualidade que consistem em um fator de risco a saúde, levando ao aparecimento de comorbidades orgânicas e psicológicas. Alguns critérios utilizados para diagnosticar a obesidade são os métodos de laboratório e avaliação do índice de massa corporal, essenciais para precisar o peso recomendável. É necessário levar em consideração as questões subjetivas que envolvem as diferenças individuais de gênero, idade e compleição física, e conseqüentemente a escolha de qual processo terapêutico a objetivar. (CABALLO, 2012).

O modelo Cognitivo-Comportamental numa interface com a Neuropsicologia, intervém de forma multidisciplinar com outras áreas do saber, visa estabelecer o diagnóstico funcional, realizar a avaliação funcional e uma avaliação continuada durante todo o tratamento. Em processo complementar a de estudos onde foram aplicados testes neuropsicológicos, levaram ao entendimento da ligação do controle inibitório com a obesidade. O programa é estruturado e aspira direcionar aos participantes do grupo a interação mútua, a recordar e aplicar novas tarefas nas sessões subsequentes, expor dificuldades, modificar hábitos e incentivar estilo de vida saudáveis, nutricionais e físicos. Compreende que a percepção individual dos eventos influenciam nas emoções, comportamentos e fisiologia, visa identificar e modificar crenças irracionais, controle de estímulos, tensão e recaídas, para atingir os objetivos esperados realísticos.

O tratamento é direcionado para indivíduos adultos com necessidade de perda de peso de 20k a menos, que não apresentem transtornos alimentares ligados a obesidade, com intuito de adquirir estratégias de enfrentamento para a perda de peso e acompanhamento da manutenção a longo prazo, visando a melhoria na qualidade de vida em âmbitos gerais.

2 OBJETIVO GERAL

Explicar através da terapia cognitivo-comportamental o processo de avaliação intervenção psicológica grupal de em indivíduos acometidos por obesidade leve a moderada na idade adulta, numa interface com a Neuropsicologia.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever como a Terapia Cognitiva-Comportamental e a Neuropsicologia atuam no tratamento da Obesidade.
- Visa flexibilizar a sistematização dos processos de avaliação multidisciplinar individual e intervenção em grupo com intuito de adquirir estratégias para alcançar objetivos reais e a manutenção do peso a longo prazo.
- Acrescentar ao tratamento Cognitivo-comportamental pré-existente novas estratégias de intervenção com base em achados neuropsicológicos.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa da literatura, de caráter descritivo, qualitativo, utilizando-se as bases de dados eletrônicas, LILACS e Scielo, Google Acadêmico. Foram utilizadas as seguintes categorias de termos: Neuropsicologia da Obesidade; Obesidade e o Controle Inibitório, Avaliação e Tratamento Cognitivo-Comportamental da Obesidade. Em trabalho complementar a estratégia de busca, foi realizada a checagem manual das referências bibliográficas dos artigos selecionados em busca eletrônica, objetivando localizar textos concernentes ao tema, nem sempre foi possível, bem como capítulos de livros de acervo particular. O período para elaboração do projeto foi de 29 de agosto a novembro de 2015. Os critérios referentes à inclusão foram estudos empíricos publicados nos últimos 10 anos, que avaliassem a eficácia da Técnica Cognitivo-Comportamental em trabalho complementar com aspectos Neuropsicológicos do tratamento da Obesidade. Os critérios adotados de exclusão foram estudos que investigassem a eficácia da Técnica Cognitivo-comportamental sem a necessidade de intervenção médica, associação com fármacos, na obesidade grande com necessidade de dietas severas e ou cirurgias ou todas as intervenções em conjunto e ou, patologias ligadas á obesidade, como a exemplo da bulimia e anorexia, cartas ao editor e relatos de serie de casos.

Objetivou-se com essa revisão de literatura acrescentar a um processo de avaliação e tratamento preexistente baseado na Técnica Cognitivo-Comportamental uma ampliação de possibilidades baseada em achados neuropsicológicos para uma complementação de avaliação e intervenção efetiva sobre os aspectos das funções executivas mais especificamente no que

impacta negativamente no controle inibitório, que impede através de estímulos aos indivíduos acometidos de obesidade alcançar sua meta de perda de peso e manutenção a longo prazo.

4 EMBASAMENTO TEÓRICO

4.1 AVALIAÇÃO E DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DA OBESIDADE

Segundo Caballo (2012), para iniciar o tratamento da obesidade é necessário fazer uma avaliação minuciosa de múltiplas variáveis: genética, biológicas, psicológicas, comportamentais e sociais e, verificar até que ponto elas intervêm dos problemas na perda de peso e em sua manutenção. Além disso, será necessário realizar três processos básicos: estabelecer o diagnóstico funcional, realizar uma avaliação funcional e uma avaliação contínua durante todo o tratamento. O diagnóstico diferencial da obesidade contempla identificar a obesidade como principal problema e deliberar sobre o grau da obesidade, descartando outros transtornos alimentares, bulimia, anorexia, compensação seguida de culpa e comportamento compensatório, bem como obsessão com o peso.

Assim, encontrou-se uma correlação de 0,7 a 0,8 entre o tecido adiposo medido através de métodos de laboratório e o índice de massa corporal (IMC) aludido por Bray, (1976)¹ apud Caballo (2012 p. 211). Esse índice resulta da divisão de peso (em Kg) pela altura (em metros) ao quadrado (peso/Altura). (CABALO, 2012, p. 211).

Esse é um método preciso de mensurar o excesso de peso, porém, em clínica é estabelecido um paralelo entre tabelas padronizadas de peso/altura que facultam o peso recomendável conforme distinção de gênero, idade, compleição física do indivíduo (pequeno, médio ou grande), tudo calculado de forma subjetiva.

Assim o excesso de peso, segundo o IMC, seria 25 a 30 kg/m² e a obesidade acima de 30 kg/m² de acordo com Bray (1986)², apud Caballo (2012, p. 211). Segundo as tabelas padronizadas a obesidade estaria acima de 20% do peso ideal. Atualmente, Broenell; Weddnen (1992)³ aludido por Caballo (2012), seguindo essas tabelas, classificam a obesidade segundo a porcentagem do excesso de peso sobre o ideal, em leve (5-20%), moderada (20-40%), severa (40-100%) e grande (+100%). (CABALLO, 2012, p. 211).

Essa classificação serve como base para que após avaliação seja possível um direcionamento para escolha do processo terapêutico mais adequado e, em caso de obesidade

¹ BRAY, G. A. The Obese Patient. Filadelfia: W.B. Saunders, 1976

² BRAY, G. A. Effects of obesity on health and happiness. En K. D. Brownell y J.P. Fosity, anorexia, and bulimia. Nueva York: Basic Books, 1986.

³ BROWELL, K. D. y Wandder, T.A. Etiology and treatment of Obesity: Understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4, 505-517.

severa ou grande, não seria contemplado a intervenção Cognitivo-Comportamental apenas, e sim a necessidade de acompanhamento médico, introdução de dietas severas e ou cirurgia ou todas as intervenções em conjunto.

4.2 DIAGNOSTICO FUNCIONAL DA OBESIDADE

Segundo Caballo (2012), Para avaliação diagnóstica funcional da obesidade, visto que este é um fenômeno complexo, é necessário observar os fatores etiológicos do indivíduo obeso, levando em consideração fatores multicausais, quais deles são mais relevantes, numa avaliação individual, minuciando particularidades do paciente e seus fatores genéticos e biológicos pautada em duas teorias:

[...] a teoria do ponto fixo, que nos assinala a tendência do organismo a manter o peso, retardando o metabolismo se houver restrição calórica ou acelerando-o se houver ingestão em excesso, com a finalidade de manter esse peso, e a teoria da celularidade adiposa, que distingue entre obesos com células adiposas alongadas (hipertróficos) e obesos com maior número de células adiposa (hiperplásticos). (CABALLO, 2012, p. 212).

Se a teoria ponto fixo se confirmar, é necessária atenção aos perigos da necessidade de sair quando as dietas indicadas foram restritas, o metabolismo é retardado, a possibilidade de um ganho de peso maior do que o pré-existente e acontece o efeito sanfona, Lissner et al, 1991,⁴ apud Caballo (2012). Em relação aos objetivos terapêuticos, é indispensável uma análise aprofundada a cerca da teoria da celularidade, além da necessidade de uma avaliação individualizada, não apenas seguindo tabelas e padrões, que não colaboram efetivamente para o sucesso do processo, colocando em risco a saúde desses indivíduos.

Segundo Caballo (2012), são necessários diversos os fatores a serem avaliados tais como: genéticos, estilo de vida relacionados a atividade física e nutricional, sociais, cognitivos e psicológicos.

4.2.1 FATORES GENÉTICOS - BIOLÓGICOS E DE APRENDIZAGEM

⁴ 1.LINSSER, L., et al. Variability of body weight and heat outcomes in the Framingham population. New England Journal of Medicine, 324, 1838-1844, 1991.

Conforme Caballo (2012), para uma avaliação genética e biológica mais precisa, é necessário equipamentos onerosos e ou, a utilização de indicadores, tais como, histórico familiares de obesidade, tentativas e formas de atingir a perda de peso, quais dispositivos foram utilizados para manter, para uma avaliação mais próxima da realidade individual e, conseqüente, qual processo terapêutico objetivar. Vera; Fernandez (1989 p. 212), apud Caballo(2012),⁵ elaboraram um questionário que auxilia no processo de avaliação comportamental sobre o excesso de peso.

Sem alcançar resultados que apontem uma etiologia genética aparente, serão considerados aspectos individuais das pautas alimentares em relação aos fatores de aprendizagem, que são estudados através de entrevista, de questionário de excesso de peso e auto-registro de comida e bebida.

4.2.2 ESTILO DE VIDA RELACIONADO AO EXERCÍCIOS FÍSICOS E NUTRICIONAIS

Existe também dentre os fatores já citados a inevitável comparação entre estilo de Vida e relacionamento com exercício físico, já que basicamente são inseparáveis o fenômeno biológico corporal entre ganho e gasto energético, numa avaliação individual, que compõem o metabolismo basal. O efeito térmico dos alimentos e o mais fácil de modificar, porém, é necessário para a manutenção efetiva do peso perdido, a atividade física, que pode ser feita através do auto registro em clínica.

A avaliação nutricional compreende diferentes etapas que contemple: avaliação antropométrica, dietética, clínica e laboratorial e psicossocial, tendo como objetivo realizar o diagnóstico e identificar a intervenção necessária. (MS, 2012, P.30).

4.2.3 FATORES PSICOLÓGICOS E COGNITIVOS

Alguns estudos encontraram que os obesos comem mais que o não obesos quando se encontram entediados, deprimidos ou ansiosos, segundo Ganley (1989), Rand e Stunkard (1878), apud Caballo (2012, p.213)⁶, porém existe um subgrupo denominado obesos

⁵ VERA, M. N. y FERNANDEZ, M.C. Prevención y tratamiento de la obesidade. Barcelona: Martínez Roca, 1989.

⁶ GANLEY, R. et al. Emotion and eating in obesity: A review of de literature. Internacional Journal of Eating Disorders, 8, 343-361, 1989.

compulsivos, onde os fatores emocionais seria a causa principal dos excessos alimentares. As pessoas com compulsão alimentar se diferem de obesos bulímicos por que aderem ao comportamento restritivo ou drástico, após ingestão excessiva alimentar, como exemplo de provocar vômitos. Para estudos detalhados em clinica de distinção do obeso restritivo e o compulsivo existe a escala de Herman, ver Vera e Fernandez (1989), apud Cabalo (2012, p. 213).⁷ Além disso, devem ser levados em consideração os estados afetivos, a avaliação de pensamentos e frases sobre si mesmo, para reestruturação cognitiva individualizada, com a finalidade de investigar dentro do grupo, os pensamentos disfuncionais que geram tais frases ou similares.

Para avaliação desses fatores além de entrevista, são muito uteis os autos-registros cognitivos ABC (A = Ativadores; por exemplo, Não perdeu tempo em uma semana; B = Crenças; por exemplo, “é horrível não vou conseguir”; e C = Consequências emotivas e comportamentais; por exemplo, desanimado, irritado, abandona o programa). (CABALLO, 2012, P. 214).

A terapia cognitivo-comportamental baseia se na percepção individual dos pacientes em relação aos eventos que influenciam na maneira como as pessoas pensam isso afeta como se sentem e conseqüentemente a forma como se comportam. A partir disso a necessidade de identificar pensamentos distorcidos e responder a eles de forma produtiva e funcional, para o sucesso do tratamento.

4.2.4 FATORES SOCIAIS

A obesidade é percebida, interpretada e influenciada pelo sistema social. Valores socioeconômicos relacionados ao excesso de peso podem, portanto, variar de uma sociedade para outra, nos diferentes contextos históricos. Neste sentido a corpulência que, no passado, esteve associada à ideia de saúde, no imaginário coletivo de hoje tem seu significado transformado. Padrões definidos para obesidade assumiu contornos em cada sociedade e também entre diferentes grupos sociais. (LINS, 1999. APUD MS 2012, P. 27).⁸

A obesidade não é apenas um problema individual mais também social. A sociedade contemporânea valoriza comportamentos contrários, investe em publicidade incentivando ingestão de alimentos ricos em açúcares e gorduras, propicia o sedentarismo, jantares e

⁷ VERA, M. N. y FERNANDEZ, M.C. Prevención y tratamiento de la obesidade. Barcelona: Martínez Roca, 1989.

⁸ LINS, A.P.M. Fatores associados ao sobrepeso em mulheres de 20-59 anos no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

almoços entre outros compromissos sociais trabalhistas que envolvem o abuso de álcool e alimentação. Em contra partida essa mesma sociedade valoriza a magreza suprema, baseado em modelos com massa corporal abaixo da media, que influencia o mercado de vestuário, e as opções encontradas a venda abaixo da numeração 42. A obsessão por corpos magros é predominante no gênero feminino, Brownell e Wadden (1992), apud Caballo (2012, p 214)⁹. Segundo (2012), para não incentivar essa moda social que levam a problemas alimentares como a bulimia e anorexia, o paciente deve ser ouvido pelo clinico para que colha dados, a fim de estabelecer os objetivos terapêuticos. Segundo Bernardil, Fabiana; Cichelorol, Cristiane; Vitolo, Marcia R. (2005), os obesos fazem uma ingestão maior de alimentos em situação de estresse como um mecanismo compensatório nas diversas situações emocionais.

4.3 NEUROPSICOLOGIA

Segundo FUENTES, Daniel; MALLOOY-DINIZ, Leandro F.; CAMARGO, Candida Helena Pires de; CONSENZA, Ramon M.; (2014), um dos fundadores da Neuropsicologia Contemporânea, Luria (1976. p. 24)¹⁰, [...] “Os vínculos funcionais entre regiões cerebrais são construídos historicamente.” A Neuropsicologia do século XXI, influenciada por Luria, contempla alguns paradigmas e achados atuais relativizam algumas de suas teorias, atualmente amparada pela riqueza de dados clínicos, novas tecnologias como exames de imagem, visa desafios amplos da neurociência, tais como o paradigma biológico, que enfatiza o caráter adaptativo dos sintomas, da neurociência afetiva em se tratando da individualidade do estado e complexidade da emoção humana. (FUENTES ET AL., 2014).

4.3.1 NEUROPSICOLOGIA DA OBESIDADE

Segundo Fuentes et al. (2014), os estudos neuropsicológicos da obesidade são direcionados para obtenção de informações sobre a integridade cognitiva geral com intuito de verificar um controle de variáveis observáveis de funções específicas tais como: Inteligência, Habilidade Visio espacial, Habilidade Visio motora, Funções atencionais, Funções executivas,

⁹ BROWELL, K. D. y Wandder, T.A. Etiology and treatmente of Obesity: Understanding a serius, prevalente, and refractory disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4, 505-517.

¹⁰ LURIA, A. R. The Working brain: an introduction to neuropsychology. New York: Basic Books, 1976.

conforme TABELA 1. Apesar desses achados, os estudos sobre a neuropsicologia da obesidade ainda são muito recentes e em muitos aspectos inconclusivos.

A questão é se o aumento da adiposidade é suficiente para afetar o desempenho cognitivo ou se, em vez disso, o baixo desempenho das funções executivas é um fator de risco para o aumento de peso – ou, ainda se coexiste uma relação bidirecional envolvendo fatores genéticos. São necessárias mais pesquisas usando dados longitudinais ou de estudos clínicos randomizados, com finalidade de avaliar questão de causa e efeito. (FUENTES ET AL, 2014, P.262.)

Segundo Fuentes et al. (2014), os resultados mais consistentes em pacientes obesos em idades variadas são os déficits nas funções executivas e memória. Além disso, estudos apresentam resultados unânimes sobre a dificuldade de disciplinar-se em relação a mudança de hábitos para atingir objetivos de tratamento em função dos déficits do controle inibitório.

Segundo Volkow e colaboradores (2009 p.262)¹¹, citado por Fuentes et al. (2014), foi feita a correlação entre obesidade e drogadição. Alimentos calóricos promovem o condicionamento do descontrole de ingestão de alimentos, num processo de compensação ao disparar a dopamina, modulando o comportamento.

Além estudos com adolescentes obesos, falam da associação significativa do alto IMC com uma menor atividade metabólica no córtex pré-frontal dorsolateral, sugerindo que essa circuitaria é afetada pela alteração do receptor D2 de dopamina. A predisposição a obesidade pode incluir uma desregulação de circuitos neuronais límbicos específicos relacionados com o córtex orbitofrontal, uma vez que esses circuitos límbicos e córtex orbitofrontal estão associados com a dimensão inibidora das funções executivas. (VERDEJO-GARCIA E COLABORADORES, 2010. APUD FUENTES ET AL., 2014, p.262).

Segundo Fuentes et al (2014), com esses déficits circuitaria ocorre a dificuldade na capacidade de planejar, decisão e preservação. É relevante considerar ao estudar a ¹²obesidade os impactos das vias dopaminérgicas e serotoninérgicas e os impactos de controle inibitório mais precisamente da impulsividade.

¹¹ VOLKNOW, N. D. et al, Inverse association between BMI and pré-frontal metabolic activity in healthy adults. *Obesity*. 17, (1), 60-65.

4.4 TRATAMENTO DA OBESIDADE

Nos dias atuais o tratamento da obesidade são de caráter multidisciplinar através de um pacote terapêutico, com finalidade de trabalhar as mudanças necessárias em termos de aprendizagem, nutrição, reestruturação cognitiva, apoio do companheiro e modificação de hábitos sedentários no estilo de vida, incluindo a adesão indispensável a pratica de exercício físico , principalmente para a manutenção conquistadas, assinalam que apenas pessoas com o obesidade leve e moderada tem indicação para o tratamento cognitivo comportamental, e que as pessoas de obesidade severa precisariam também de orientação nutricional de uma dieta severa. (CABALLO, 2012)

A terapia cognitivo-comportamental está baseada no modelo cognitivo, o qual parte da hipótese de que suas emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos. (BECK, 2013, P. 50).

Em relação a inclusão dos parceiros no tratamento e manutenção do programa existe posições contraditórias. Segundo Browell et al (1978); Pearce et al (1981), apud Caballo (2012 p. 216)¹³, que abalizam tanto para as conquistas quanto para a manutenção desses programas em relação a inclusão dos parceiros. Em outros estudos essa inclusão é assinalada como um efeito contraproducente, segundo Stalonas et al (1984), apud Caballo (2012 p. 216)¹⁴, que ocorre ao invés de ajuda e suporte, uma tentativa de controlar o processo de modificação do companheiro, e por isso a necessidade de avaliação de sua participação no programa terapêutico e ou quando deverá ser sua inclusão.

Segundo Caballo (2012), após uma avaliação diferenciada e individualizada o programa previamente estruturado, destina-se aos indivíduos nos quais foi constatada a existência ¹⁵de necessidade de eliminar de 20k para menos e, que não seja constatada nenhuma disfunção alimentar ligada a obesidade.

¹³ BROWELL, K. D. Heckerman, C.L. et al. The of effect of couples training and partner cooperativeness in the behavioral treatment of odesity. Behavior Research and Terapy, 16, 323-333, 1978. SALALONAS, P.M. ET AL. Do behavioral treatment of obesity last. Sterm, J.P. A five-year follow- up investigation. Addictive Behaviors, 9, 175-183, 1984.

¹⁴ STALONAS, P.M. ET AL. Do behavioral treatment of obesity last. Sterm, J.P. A five-year follow- up investigation. Addictive Behaviors, 9, 175-183, 1984.

O Programa foi estruturado em 12 sessões de 2 horas para aproximadamente 20 pessoas, direcionada por dois terapeutas, que deverão ser subdivididas em três sessões para avaliação, que tem a previsão de aplicabilidade em duas semanas e o restante destinado ao tratamento em si. Avaliações concluídas o programa sugeriu a divisão em duas partes, sendo a primeira conduzida pelos dois terapeutas a todo o grupo, destina-se a colher dados pessoais, pesagem e meta de perda de peso individual até o final do programa. Pretende direcionar aos participantes do grupo a reconhecer tarefas, expor dificuldades, recordar tarefas bem como aplicar novas para a próxima sessão. Além disso, será trabalhada a modificação de hábitos não saudáveis atuais, crenças irracionais, tensão e recaídas, incentivo a mudança no estilo de vida de sedentário para ativo, acrescentando atividade física e a orientação nutricional. No segundo momento, se possível o trabalho com dois terapeutas, deverá haver uma divisão para dois subgrupos, com intuito de atender de forma mais eficiente às demandas individuais dentro do processo grupal. Em relação aos companheiros, recomenda-se sessões mais espaçadas, se necessário algumas delas adicionais, de modo a avaliar o entendimento sobre as finalidades das sessões e o entendimento de sua contribuição para o processo. (CABALLO, 2012).

É importante assinalar que o processo poderá ser reorganizado de acordo com o progresso de cada grupo, sem atuar sobre uma base temporal fixa, a psicoeducação poderá, por exemplo, ocorrer após avaliação mensalmente. É acumulativo o teor das sessões e o objetivos específicos de cada uma estão discriminados de forma sucinta como segue na **TABELA 2**.

Como afirma Beck (2008), a intervenção pautada no modelo cognitivo, preza a cumplicidade de um trabalho colaborativo entre terapeuta e paciente, é indicada para pacientes que não apresentem histórico de transtornos alimentares, tem o objetivo psicoeducativo de propiciar o reconhecimento do padrão alimentar, as distorções cognitivas diretamente ligadas a perda de peso, ao emagrecimento em si com o processo de aprendizagem de habilidades transformando as em hábitos, viabilizando estratégias para evitar recaídas e manter-se magro após ter alcançado os objetivos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente artigo demonstra a relevância de um trabalho multifatorial da técnica cognitivo-comportamental em conjunto com a Neuropsicologia e com outras áreas de intervenções, no processo de perda de peso e manutenção em longo prazo. Compreende a importância da sistematização dos processos de avaliação e intervenção, porém percebe-se a necessidade de uma visão integralizada do indivíduo em relação a seu processo constitutivo biopsicossocial; mesmo tratando-se de um trabalho em grupo, contempla-se a necessidade de uma avaliação responsável individualizada, para fornecer dados qualitativos para representação dos objetivos terapêuticos, de acordo com as necessidades e possibilidades reais do paciente. É imprescindível ter o cuidado para não incentivar os conceitos atuais de beleza inatingíveis ditados por um modismo social que levam a transtornos alimentares.

O tratamento contempla apenas indivíduos com obesidade leve e, ou moderada, que não apresentem patologias ligadas à obesidade, como a exemplo da bulimia, anorexia e compulsão alimentar, que exista a necessidade de intervenção médica.

O programa de intervenção Cognitivo-Comportamental criado por Caballo (2012), foi estruturado em doze sessões, subdivididas em três que compreende a avaliação e, o restante para o tratamento em si, que diz respeito às informações, avaliação, análises, psicoeducação, educação nutricional, mudança de estímulo de vida, controle dos estímulos, que de acordo com os achados neuropsicológicos para tratar o falta de controle inibitório, sugere uma ampliação das sessões, um número aproximado de cinco sessões; além disso, atividade física, romper cadeias comportamentais, evitar quedas entre outros; compreende também na finalização dos trabalhos, instruções para assegurar a permanência dos hábitos contraindícios. Todo o processo é colaborativo e acumulativo.

Contudo, fica evidente a urgência de uma testagem qualitativa e quantitativa em três aspectos de suma importância. O primeiro trata-se da adesão do companheiro ao processo, com intuito de avaliar o custo benefício a preparação adequada e momento certo de sua ligação, para sua contribuição de apoio produtivo. O outro aspecto que será investigado, é sobre a eficácia da perda e na manutenção do peso a médio e longo prazo, implementado quais medidas preventivas são necessárias para o sucesso contundente do processo pós-tratamento, e o terceiro baseado na Tabela 2, achados inconclusivos e inconsistentes em

relação a cerca da influencia dos déficits cognitivos e se eles influenciam para o acometimento da obesidade e ou, se a obesidade influenciam no déficits cognitivos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terapia Cognitivo-comportamental numa interface com a Neuropsicologia e outras áreas de intervenção, apesar de sugerir necessidade de pesquisa para comprovação, em conjunto com outras áreas do saber, apresenta resultados positivos que indicam caminho equitativo.

Durante todo o processo desde a avaliação, tratamento e manutenção do peso de indivíduos obesos, persiste a necessidade de uma visão de integralidade, levando em consideração fatores etiológicos objetivando o sucesso do tratamento tais como: genéticos, de aprendizagem, nutricionais, estilo de vida relacionado ao exercício físico, fatores psicológicos e cognitivos e sociais.

Com o tratamento baseado na Técnica Cognitivo-Comportamental, ocorre uma análise e modificação do comportamento, identificação de sistemas de crenças, que levam a pensamentos disfuncionais sobre a obesidade, reestruturação cognitiva, modificação de hábitos saudáveis alimentares e estilo de vida do individuo obeso, resolução de problemas, suporte social, objetivando estratégias de trabalho facilitadoras realizáveis para o manejo da redução do peso, motivando, apresentando alternativas para o controle de estímulos, que dificultam atingir as metas reais, preparando para evitar e enfrentar recaídas.

Por ser uma pesquisa bibliográfica é possível indicar as limitações metodológicas no que diz respeito à comprovação quantitativa das diversas variáveis referidas para o processo de tratamento, principalmente da participação do companheiro trazer ou não benefícios, e se a médio e longo prazo os indivíduos submetidos ao tratamento teriam conseguido manter o peso perdido. Além disso, a pesquisa sugeriu de a necessidade de maiores informações sobre se os déficits cognitivos influenciam a obesidade e ou se obesidade influencia nos possíveis déficits dos processos cognitivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, Judith S., **Pense Magro. A dieta definitiva de Beck.** 1ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BECK, Judith S., **Terapia Cognitivo-comportamental. Teoria e Prática.** 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Bernardil, Fabiana; Cichelerol, Cristiane; Vitolo, Márcia R.; **Comportamento de restrição alimentar e obesidade,** 2005. Disponível em:< https://http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000100008&script=sci_arttext pdf.>. Acesso em 15 de novembro, 2015, às 21h horas.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 12. Obesidade. Serie A. Normas de Técnicos. Manuais,** 1ª Edição. Brasília – DF: MG-OS. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção básica. 2006. Disponível em:< https://www.nestle.com.br/nestlenutrisaude/Conteudo/diretriz/Atencao_obesidade.pdf.>. Acesso em 15 de setembro, 2015, às 18 horas.

CABALO, Vicente E. (Org.), **Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos transtornos Psicopatológicos da atualidade. Intervenção em Crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde.** 1ª edição. São Paulo: Santos, 2012.

FUENTES Daniel; MALLOOY-DINIZ, Leandro F.; CAMARGO, Candida Helena Pires de; CONSENZA, Ramon M. (Org). **Neuropsicologia: teoria e pratica.** 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, Neuropsicologia: teoria e pratica. 2ª edição. 2014.

TABELAS

RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DE ACORDO COMO OS TESTES NEUROPSICOLÓGICOS MAIS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM INDIVÍDUOS OBESOS.

FUNÇÕES COGNITIVAS	TESTES	PRINCIPAIS ACHADOS
INTELIGÊNCIA	-Woodcock-Jhson Test of Cognitive Ability and Academic Achievement –Third Edition (WJ- III) -Matrizes Progressivas de Raven -WASI -WRAT	Achados inconsistentes e controversos.
HABILIDADE VISIOESPACIAL	-Card Rotation Total Score -Cubos e Extendet Block -Design DSMSE	Achados inconscientes e controversos.
HABILIDADE VISIOMOTORA	-Symbol Digit Modality Test -Trail Making Test A (TNT) -Stroop -Simple Reaction Time e Choice Reaction Time, -DKT Motor Test e Chronometric Mental Rotation Test -Digit Symbol Substitution Test	Sujeitos obesos tiveram desempenho inferior em comparação aos sujeitos de peso normal.
FUNÇÕES ATENCIONAIS	-Dígitos diretos da escla de Wechsler -Continuous Performace Test (CPT) -TMT	Sujeitos obesos tendem a ter pior desempenho se comparados aos sujeitos de peso normal.
MEMORIA	-Selective Reminding Test -Memória Lógica WSM-R e Memória Verbal -Dígitos -CVLT-II -Memória Lógica Wechsler III -RAVLT -Memória Lógica Imediata e Tardia -Lista de Palavras -WRAML	Sujeitos Obesos tendem a ter pior desempenho se comparados a grupos-controle.
FUNÇÕES EXECUTIVAS	-Stroop Trail Making Test Test B -Interference Effect -Fluência Verbal -Wisconsin Card Sort Test -Lowa Gambling Task -Go\No Go -Figura Complexa de Rey	Achados consistentes. Obesos tendem a ter pior desempenho em testes de funções executivas quando comparados ao grupo de sujeitos de peso normal.

TABELA 1. FUENTES ET AL (2014), TABELA 21.1, CAPITULO 21, p. 261.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DAS SESSÕES

Sessão I	Conhecimento dos membros do grupo entre si, criação de um relacionamento de trabalho, motivação dos participantes, informação acerca do problema da obesidade e de que fatores poder ser mais relevantes em cada passo específico, realização de auto registros principais.
Sessão II	Começar a avaliar a motivação para perder peso, introduzi-los em auto registros cognitivos, iniciar a análise funcional do problema, avaliar o companheiro.
Sessão III	Completar à análise motivacional, analisar os principais pensamentos negativos recolhidos, completar a análise funcional do problema, realizar um contrato comportamental.
Sessão IV	Começo do controle de estímulos, educação nutricional, aumento da atividade física e questionamento dos “devo”.
Sessão V	Processo no controle de estímulos, modificação do “Tudo ou Nada” e das “Auto depreciações.”
Sessão VI	Começar a controlar de maneira específica a quantidade de comida, aumentar atividade física de caminhar, modificar o “Não posso suportar” e o “Fatalismo”.
Sessão VII	Educação nutricional com a finalidade de mudar o estilo de se alimentar e mudança de vida sedentária por via ativa.
Sessão VIII	Mudança no estilo de comer rápido a lento e modificação das “desculpas” e “generalizações”.
Sessão IX	Modificação do “Tremendismo”, aprendendo estratégias para quando comer fora, e programação dos exercícios físicos.
Sessão X	Aprender a romper cadeias comportamentais utilizando para isso técnicas cognitivo-comportamentais aprendidas até o momento.
Sessão XI	Aprender a evitar as quedas e a enfrentá-las quando acontecem.
Sessão XII	Preparar-se para terminar o programa e trabalhar para que os hábitos adquiridos sejam permanentes.

TABELA 2. FONTE: ADAPTADO DE CABALLO, V. (2012); CAPÍTULO 8, p. 218 - 226.