

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

CAROLINE ALVES TEDESCHI DE SÁ

**A CLÍNICA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO ENFRENTAMENTO DO
FENÔMENO DA OBESIDADE INFANTIL NO BRASIL**

VOLTA REDONDA

2018

CAROLINE ALVES TEDESCHI DE SÁ

**A CLÍNICA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO ENFRENTAMENTO DO
FENÔMENO DA OBESIDADE INFANTIL NO BRASIL**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Psicologia, sob a orientação do Professor Alexandre Bárbara Soares.

VOLTA REDONDA

2018

CAROLINE ALVES TEDESCHI DE SÁ

**A CLÍNICA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO ENFRENTAMENTO DO
FENÔMENO DA OBESIDADE INFANTIL NO BRASIL**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Psicologia, sob a orientação do Professor Alexandre Bárbara Soares.

Monografia apresentada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Orientador Prof. Alexandre Bárbara Soares

Profº Drº Priscila Pires Alves

Profº Drº Cristiane Marques Seixas

RESUMO

O fenômeno da obesidade infantil vem aumentando exponencialmente ao longo dos anos, trazendo majoritariamente para as pessoas que convivem com essa patologia consequências físicas, psíquicas e sociais. Nesse sentido, a intervenção cognitiva comportamental (TCC) tem se apresentado como potente aliado aos demais campos da saúde no enfrentamento desse quadro. Diversos estudos apontam resultados positivos em população com excesso de peso, sendo alguns deles: melhoria de aspectos psicossociais, aumento da autoestima e qualidade de vida, diminuição do índice de abandono ao tratamento e redução significativa de peso. À vista disso, o presente trabalho tem por objetivo analisar - por meio de revisão bibliográfica - a temática da obesidade infantil no Brasil a partir da perspectiva cognitivo comportamental (TCC). A vigente investigação contará com a apresentação do caminho histórico-conceitual que culminou no surgimento dessa teoria, bem como a identificação de particularidades, consonâncias e divergências, principalmente no que tange a prática clínica do cuidado com crianças.

Palavras-chave: Obesidade Infantil. Terapia Cognitiva Comportamental. Saúde da Criança.

ABSTRACT

The phenomenon of childhood obesity has been increasing exponentially over the years, bringing mainly to the people who live with this disease physical, psychic and social consequences. In this sense, cognitive behavioral intervention (CBT) has been presented as a powerful ally to the other health fields in facing this situation. Several studies point to positive results in overweight population, some of them: improvement of psychosocial aspects, increase of self-esteem and quality of life, reduction of drop-out rate and significant weight reduction. In view of this, the present work aims to analyze - through a bibliographical review - the theme of childhood obesity in Brazil from the cognitive behavioral perspective (CBT). The current research will include the presentation of the historical-conceptual path that culminated in the emergence of this theory, as well as the identification of particularities, consonances and divergences, especially regarding the clinical practice of child care.

Keywords : Childhood Obesity. Cognitive Behavioral Therapy. Child Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	METODOLOGIA	11
3	AS TEORIAS COGNITIVAS COMPORTAMENTAIS	13
3.1	TCC e o fenômeno da obesidade	21
4	MATRIZES ORGANIZADORAS DO FENÔMENO OBESIDADE	25
4.1	Prevalência	26
4.2	Fatores genéticos e biológicos	28
4.3	Fatores ambientais	31
4.4	Aspectos psicológicos da obesidade.....	36
5	PSICOLOGIA NO CUIDADO E ACOLHIMENTO A OBESIDADE: O PAPEL DA TCC.....	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	55

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno obesidade tem se expandido radicalmente em todo o globo, principalmente em sua parte ocidental, sendo tratada em muitos países como problema de saúde pública (World Health Organization, 2018). Contudo, nem sempre foi assim.

A partir de Campos et al (2015) podemos inferir que existiram diversas modificações quanto ao papel desempenhado pelo corpo nas sociedades. Diante disso, é necessário atribuir influências políticas, econômicas e culturais ao episódio da obesidade, retirando-o da esfera de responsabilidade individual a fim de ampliá-lo para o âmbito de saúde coletiva.

Seu enfrentamento impõe profundas discussões sobre interesses oriundos do mercado, indústrias de alimentos e farmacêuticas, indústria da beleza e medicina estética, publicidade, vigilância sanitária, meios de comunicação e o próprio campo da ciência. (CAMPOS et al., 2015, p.91).

Por se tratar de um assunto abstruso não adianta considerarmos somente o monitoramento do sujeito, seja físico, seja alimentar. Por isso, se faz imperativo o uso da história, visto que é por meio do exame desta que podemos compreender o significado dos distintos usos e atribuições do corpo e suas variáveis ao longo das épocas (CAMPOS et al., 2015).

Tomando em consideração o contexto temporal, podemos verificar mudanças perceptórias no que tange esse fenômeno. Atualmente, a obesidade não está presente na categoria de transtornos alimentares contida no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V), porém a mesma é considerada uma morbidade pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), sendo indicada pelo número E66.

Essa ocorrência é majoritariamente catalogada através do parâmetro de avaliação estabelecido pela OMS, que usa o IMC pelo protocolo de Colle (2000) para aferir o índice de massa corpórea. O índice calcula a proporção massa/altura,

enquadrando o resultado em uma tabela de padrões médios contruídos a partir de classes de intervalos etários.

Dados colhidos em países desenvolvidos expõe correlação negativa, ou seja, inversa, entre nível de educação/sócio econômico e obesidade. Quanto maior o nível socioeconômico/educativo, menor a taxa de crianças obesas associadas. (OLIVEIRA, FISBERG, 2003).

Notamos uma grande variação na prevalência de obesidade conforme o país. Tem-se notado uma tendência crescente à obesidade conforme o país emerge da pobreza, especialmente em áreas urbanas. Em contraste, em países com renda per capita média, a obesidade tende a declinar conforme a renda aumenta, especialmente em mulheres. (DAMIANI, DAMIANI, OLIVEIRA, 2002, p.58).

No entanto, segundo Oliveira e Fisberg (2003), estudos realizados em escolares de Salvador e São Paulo demonstraram que as maiores taxas de obesidade estavam associadas à instituições privadas, bem como a circunstância da criança ser filho único. Desta maneira:

Influência do fator sócio-econômico e do micro-ambiente familiar (...) acesso mais fácil aos alimentos ricos em gordura e açúcares simples, assim como, aos avanços tecnológicos, como computadores e videogames, poderia explicar de certa forma a maior prevalência da obesidade encontrada nas escolas particulares (OLIVEIRA, FISBERG, 2003, p. 108).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003) estabeleceu que 17,6% da população infantil mundial já é obesa e que esse número não para de crescer. Os EUA tiveram seus indicadores dobrados (crianças) e triplicados (adolescentes) nas últimas duas décadas (OPAS, 2003 apud LUIZ, 2010).

No Brasil não tem sido diferente, informações angariadas nas últimas três décadas sugerem uma prática epidêmica (NOVAIS, ROCHA, PEREIRA NETO, 2009 apud LUIZ, 2010) que advém de uma transição nutricional, pois *“entre os anos 1974/75 e 1989, houve uma redução da prevalência da desnutrição infantil (de 19,8% para 7,6%) e um aumento na prevalência de obesidade em adultos (de 5,7% para 9,6%)”* (OLIVEIRA, FISBERG, 2003, p. 107).

A pesquisa de orçamentos familiares (2002 e 2003) conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2004) expôs o conteúdo correspondente ao evento da obesidade. O estudo revelou que 38,8 milhões de brasileiros com faixa etária igual ou superior a 20 anos encontram-se com sobrepeso, sendo que dentro desse grupo 10,5 milhões estão obesos. Conforme Oliveira e Fisberg (2003), amostras detectaram que pelo menos 30% das crianças em idade escolar de determinadas cidades brasileiras (ex: Recife – 35%) estão com sobrepeso e obesidade (LEÃO et al., 2003).

O manutenção da obesidade infantil na vida adulta gira em torno dos 15 a 20%, percentual que varia progressivamente à idade em que a criança se vê nessa situação, ou seja, quanto mais nova a criança, maior a probabilidade de a mesma permanecer nessa condição até a fase adulta (STRAUSS, 1999 apud LUIZ, 2010). Segundo Fisberg (1995) citado por Salim e Bicalho (2004), esse fenômeno está intimamente associado à infância, visto que:

É nessa fase, principalmente, entre os dois e três anos, que se adquire a maior parte das células adiposas (...) sendo assim, pessoas que apresentam excesso de peso na infância tendem a ser mais obesas na vida adulta em relação àquelas que se tornaram obesas posteriormente (FISBERG, 1995 apud SALIM, BICALHO, 2004, p.24).

A adiposidade exacerbada em crianças configura-se como uma das disfunções de maior recorrência na pediatria, sendo reconhecida pelas diversas consequências maléficas sobre o desenvolvimento das mesmas e pelo grande número de morbidades associadas. No longo prazo, por exemplo, constitui fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV) que são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo (OPAS/OMS). Além disso, segundo a Associação Brasileira para Estudos de Obesidade (ABESO), temos *“condições crônicas, como doença renal, osteoartrose, câncer, DM2, apneia do sono, doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), HAS e, mais importante, DCV”* (MELO, 2011, p. 1).

Crianças com obesidade também podem desenvolver transtornos psiquiátricos (ASSUMPÇÃO JR et al., 2000 apud LUIZ, 2010) como ansiedade e depressão, além de dificuldades afetivas, de interação social, de aprendizagem, motoras, etc. Tendo isso em mente, é imprescindível manifestar a força que a

obesidade exerce sobre a subjetividade e o desenvolvimento da criança, seja no âmbito físico, seja no psicológico.

Por isso, é necessário trazer a discussão sobre esse tipo de comportamento alimentar para dentro da academia com o intuito de promover formação e pesquisas que possibilitem tanto intervenções psicológicas em nível de prevenção quanto tratamento.

Ademais, esse texto propõe a ampliação do debate da obesidade para além da estética, associando-o a questão da saúde pública e ao bem estar bio-psico-social. Sendo assim, o mesmo é constituído a partir de pesquisa de revisão bibliográfica, que tem como objetivo introduzir o tema da obesidade infantil no Brasil, dentro do espectro da Teoria Cognitivo Comportamental (TCC).

A TCC é um campo teórico da psicologia que, como o nome já sugere, se constitui a partir de uma espécie de “integração” entre os pressupostos das abordagens cognitivas, comportamentais e da aprendizagem. De acordo com Bahls e Navolar (2004) foi fundada por Aaron Beck em 1956 e apresenta como principais pressupostos o:

[...] reconhecimento da interdependência entre cognição, emoção e comportamento, considerando que a cognição atua como mediadora da relação do sujeito com o mundo exterior, sendo fator determinante na expressão de comportamentos e emoções (BECK, 2009 apud LUIZ, 2010, p.35).

O manuseio dessa prática clínica tem dentre suas particularidades a definição de objetivos claros para tratamento (estipulados desde a primeira sessão) e período de tratamento, na maioria dos casos, circunscrito.

A escolha deste campo teórico e clínico dentro da ótica da psicologia se deu de forma subjetiva, porém pautada em inúmeros aspectos objetivos. Primeiro, a TCC possibilita uma visão mais integral do ser humano, uma vez que engloba preceitos de outras abordagens, como a cognitiva, comportamental e da aprendizagem.

Segundo, diferente dos outros enfoques psicológicos, a corrente “beckniana” se constitui tanto como teoria da personalidade quanto da psicopatologia. Terceiro, a eficácia da TCC possui respaldo científico, o que a garantiu recomendação pelo Consenso Latino-Americano em Obesidade (CLAO). Por fim, a mesma foi a vertente mais citada - junto com a teoria comportamental - em artigos sobre tratamento da obesidade.

A fim de facilitar a compreensão das informações presentes nessa revisão bibliográfica, o texto percorrerá, de forma dedutiva, quatro pontos centrais. O primeiro abordará as condições para o surgimento da TCC, como contexto e eixos teóricos centrais; o segundo introduzirá o fenômeno da obesidade e seu respectivo processo histórico bem como conceitos e matrizes organizadoras; o terceiro tratará dos aspectos concernentes à clínica da TCC na obesidade, e mais especificamente na obesidade infantil; e o quarto e último, ofertará conclusões gerais sobre a corrente elaboração.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão bibliográfica onde serão apresentados por meio de texto analítico os conceitos básicos para a compreensão do tema, como por exemplo, as teorias psicológicas envolvidas na construção da Teoria Cognitivo Comportamental, o contexto histórico para seu surgimento e as metodologias e pressupostos utilizados na abordagem do o fenômeno da obesidade no Brasil e entre outros.

Com o intuito de fundamentar e justificar a relevância das ideias apresentadas serão utilizados dados estatísticos e análises empíricas sobre a ocorrência da obesidade tanto no âmbito nacional quanto mundial. É importante ressaltar que os últimos serão utilizados com o fim de incrementar e explicitar a discussão de como essa morbidade afeta a sociedade contemporânea.

Entretanto, como o cerne é a obesidade infantil brasileira, a averiguação das informações encontradas na literatura será realizada tendo como base essa amostra. A análise de conteúdo será disposta no final do trabalho e contará com identificação de concordâncias e divergências dentro da bibliografia pesquisada.

Inicialmente a pesquisa ocorreu através da procura de artigos pela internet, em sites como Google acadêmico e Scielo. O recorte utilizado se deu pela busca de palavras-chave como: obesidade, obesidade infantil, IMC, análise do comportamento, behaviorismo, obesidade crianças, obesidade TCC, TCC, teoria cognitivo comportamental, doenças obesidade, psicologia obesidade, revolução cognitiva, etc. As mesmas foram usadas separadamente ou em combinação. Sites de entidades como IBGE, ABESO e OMS/WHO também foram consultados.

Após a disposição de resultados foi realizada uma triagem que consistiu primeiramente na verificação dos títulos dos artigos, seguidas de leitura breve dos resumos. Após a constatação da adequação, os materiais escolhidos foram salvos em uma pasta específica para que pudessem ser utilizados ao longo do trabalho. A mesma lógica foi aplicada aos livros; os que tinham título correlato aos temas teoria cognitiva comportamental, teoria cognitiva, teoria comportamental e emagrecimento também foram selecionados.

A leitura da bibliografia se estendeu durante 3 meses antes do início da escritura do presente texto. Foram utilizados primordialmente livros sobre a Teoria Cognitiva/ Teoria Cognitiva Comportamental de Aaron Beck.

No começo existiu dificuldade em achar artigos que relacionassem diretamente obesidade e teoria cognitiva comportamental, por isso, referências de artigos pré-selecionados também foram investigadas e posteriormente procuradas e lidas.

Somado a isso houve a indicação de material complementar, foram 4 artigos acadêmicos recebidos por docente da UERJ através da rede de contatos pessoal da pesquisadora.

Vale a pena ressaltar que os dados apresentados nessa revisão são apenas parte de um todo muito mais amplo, um dos diversos pontos de vista possíveis. Toda seleção carrega consigo critérios objetivos e subjetivos; tendo isso em vista, a discussão aqui disposta não deve ser encerrada e nem encarada como verdade absoluta e imutável.

A proposta foi utilizar a análise de conteúdo, que consiste de maneira breve em destacar o conteúdo expresso na mensagem e suas representações, através da codificação dos elementos de análise: transformação de dados brutos em recortes, agregação ou enumeração (Bardin, 2009):

Foram utilizados nesse processo elementos destacados por Bardin (2009) como estruturantes de uma análise, como a “regra da representatividade” (o conjunto de elementos escolhidos para análise devem ser representativos do universo inicial de dados) e a “regra da homogeneidade”, onde o material selecionado deve se ater aos tópicos ou variáveis a serem analisados, deixando para trás as suas singularidades que fogem deste universo.

3 AS TEORIAS COGNITIVAS COMPORTAMENTAIS

O Behaviorismo metodológico, do inglês behavior (comportamento em português) foi inaugurado por John B. Watson e teve início em 1913, a partir da divulgação do artigo “Psicologia: como os behavioristas a veem”. Segundo Baum (1999) essa corrente sofreu diversas influências como, por exemplo, a das psicologias objetiva e comparativa, do realismo, funcionalismo e entre outros.

A psicologia objetiva tem como elementos essenciais a observação e a experimentação, enquanto a comparativa adota a ideia de seleção natural Darwiniana na elaboração da ponte com o comportamento humano.

O realismo encontrado na formulação de Watson consiste na seguinte afirmação: “*experiências têm origem no mundo real e que este não é afetado por características internas dos indivíduos*” (BAUM, 1999 apud NEUFELD, BRUST, STEIN, 2011, p. 106). Sendo assim, essa abordagem rebate a introspecção como método e visando estabelecer a psicologia como ciência.

Ainda no que tange à metodologia temos a questão da definição do comportamento como objeto da psicologia a partir da perspectiva funcionalista. O comportamento é passível de observação, previsão e controle, além de estar exposto e ser estudado levando em consideração as contingências do meio (BOCK, FURTADO, TEIXEIRA, 2008). A corrente também pode ser chamada de teoria do comportamento, análise experimental do comportamento e análise do comportamento.

Apesar de o Behaviorismo possuir entre um de seus principais expoentes o fisiólogo russo Ivan Petrovich Pavlov (condicionamento clássico), é em Burrhus Frederic Skinner (1904 -1990) que essa filosofia encontra seu principal influenciador.

O Behaviorismo radical de Skinner - nome que o mesmo propôs em 1945 - se desenvolveu com a filosofia da ciência do comportamento analítico funcional operante. O autor buscava entender o comportamento em função das interrelações ambientais, filogenéticas e “históricas” do indivíduo. O principal tópico de seu estudo foi o comportamento/condicionamento operante. Entretanto é imprescindível a

elucidação de algumas ideias básicas para a compreensão desse conceito, como por exemplo, o que são comportamentos (público e privado), estímulos, resposta, comportamento respondente/reflexo, comportamento operante, reforço e punição.

Ao fixar o que é comportamento, Skinner (SKINNER,1938,1991, p. 6 apud BORGES, CASSAS, 2012, p. 24) declara que “*comportamento é a parte do funcionamento do organismo que está engajada em agir sobre ou ter intercâmbio com o mundo externo*”. Desta maneira, o comportamento se constitui como a parte de um todo do ser humano, que está, na maioria das vezes, em relação funcional com o mundo. A relação funcional se diferencia da causalidade, onde opera causa→ efeito. É como se o ambiente estivesse ligado por uma via de mão dupla com o organismo, onde ambos se impactam “concomitantemente”.

Comportamentos podem ser públicos ou privados. Superficialmente, um comportamento público é aquele que pode ser verificado por outrem, por exemplo, uma pessoa cantando. Já um comportamento privado é aquele no qual o indivíduo que o realiza tem acesso, por exemplo, fazer contas de cabeça. A pessoa que o faz está ciente da ocorrência, mas quem está de fora não consegue observá-lo diretamente.

O ambiente é representado por tudo o que é externo ao sujeito e é por esta razão que é associado à noção de estímulos, enquanto as ações derivadas do sujeito estão ligadas à ideia de respostas. Os estímulos e respostas não existem *a priori*, só em correlação, destarte:

Tal *parte*, ou a modificação desta parte, do ambiente é tradicionalmente chamada de *estímulo*, e a parte do comportamento correlata, uma *resposta*. Nenhum dos termos pode ser definido nas suas propriedades essenciais sem o outro (SKINNER, 1938/1991, p.9, itálicos no original, apud BORGES, CASSAS, 2012, p. 25).

Em conformidade com Jan Luiz Leonardi e Yara Nico (BORGES, CASSAS, 2012) o comportamento respondente, também denominado reflexo, ocorre quando, a partir de estímulos antecedentes eliciadores, os sujeitos começam a apresentar reações (respostas) imediatas, “automáticas”, que não precisam ser aprendidas, já que são, de certa forma, “inerentes” aos organismos.

Para Skinner esse tipo de comportamento é restrito uma vez que associado a questões adaptativas de cunho fisiológico. É por este motivo que o fundador do Behaviorismo Radical acredita que a psicologia deve se ocupar principalmente do comportamento operante (SKINNER, 1938/1991, 1953/1965 apud BORGES, CASSAS, 2012).

O comportamento operante, de natureza complexa, é de domínio da espécie humana. Por sermos capazes de aprendermos ao longo da vida, o comportamento humano é passível de modelação/seleção por meio de “filtragem de consequências”, logo, é uma relação de tríplice contingência: estímulo discriminativo: classe de respostas -> classe de estímulos reforçadores (SD:R->SR). Não há estímulo eliciador, mas sim uma história de consequenciação, ou seja, a resposta que o organismo dá no presente tem sua frequência aumentada (reforço) ou diminuída (punição) de acordo com o que aconteceu no passado e passa a ser emitida visando a realização ou diminuição/evitação de determinado resultado no futuro.

Essas ideias são amplamente aplicadas na teoria cognitivo comportamental dentro do tratamento da obesidade por permitir melhor análise e controle sobre as contingências. Esse conhecimento permite, dentre outras coisas, modular (selecionar – modificar) comportamentos que atuem favorecendo e diminuindo/evitando a ocorrência de respostas desadaptativas associadas à doença. O saber advindo do comportamentalismo é base, por exemplo, da ferramenta de controle de estímulos (ABESO, 2012).

No que concerne à epistemologia, o Behaviorismo radical teve sua vertente apoiada no pragmatismo, uma vez que o autor considerava que a *“investigação científica deve ser motivada pela possibilidade de entender os efeitos práticos e funcionais que norteiam a busca pela compreensão do objeto e, não, por uma busca pela verdade”* (SKINNER, 1953/2003 apud NEUFELD, BRUST, STEIN, 2011, p. 106). O estudioso empregou o operacionismo como método e o definiu como:

[...] prática de falar sobre as observações do comportamento de alguém, utilizando os procedimentos de manipulação e de cálculo envolvidos nesta observação e os passos lógicos e matemáticos que se interpõem entre a observação e o relato da mesma (SKINNER, 1961 apud NEUFELD, BRUST, STEIN, 2011, p. 106).

Tendo em vista essa lógica, segundo Keat (KEAT, 1972 apud ZILIO, CARRARA, 2008), Skinner acaba por ser crítico ao mentalismo, uma vez que ambos são incompatíveis. A corrente filosófica mentalista tem como característica primordial a atribuição de causalidade do comportamento a agentes internos, enquanto o Behaviorismo Radical leva em conta a relação do organismo com o ambiente e respectivo histórico ontológico e filogenético. Pode-se afirmar que:

[...] as objeções de Skinner podem ser resumidas em cinco afirmações: (1) o mentalismo não oferece explicações sobre o comportamento; (2) o mentalismo é uma má teoria científica; (3) o mentalismo é incapaz de apresentar qualquer tipo de explicação sem cair no problema do homúnculo ou dos agentes internos; (4) o mentalismo desvia o foco da psicologia do comportamento, seu objeto de estudo por excelência; (5) o mentalismo sustenta uma ontologia dualista entre o mental e o físico (KEAT, 1972 apud ZILIO, CARRARA, 2008, p.399).

O cognitivismo, apesar de ser encarado como mentalista, não possui ou não entende como problemáticas todas as pontuações abordadas por Skinner.

Gardner (1985/2003) define a ciência cognitiva como um esforço da ciência contemporânea para responder a questões epistemológicas históricas, «principalmente aquelas relativas à natureza do conhecimento, seus componentes, suas origens, seu desenvolvimento e seu emprego» (p. 19). (GARDNER, 1985/2003, p. 19 apud ZILIO, CARRARA, 2008, p. 407)

O marco inicial da ciência cognitiva ocorreu pelo texto de Turing (1950) sobre o “jogo da imitação” (FRENCH, 2000, p. 408 apud ZILIO, CARRARA, 2008). Como consequência da definição de pensamento como processamento de informações, abriram-se portas para o entendimento do cognitivismo por meio da computação, matemática e lógica, o que permitiu parâmetros calculáveis.

A era da computação trouxe consigo não só a inovação tecnológica, mas a possibilidade de renovação sobre o entendimento da psiquê a partir do desenvolvimento da teoria cognitiva (ZILIO, CARRARA, 2008).

De acordo com Miller (MILLER, 2003 apud VASCONCELLOS, VASCONCELLOS, 2007) a revolução cognitiva ocorrida na década de 50 pode ser compreendida como uma contrarrevolução, uma vez que o primeiro rearranjo de objeto da psicologia caracterizou-se pela instituição da ciência do comportamento em oposição ao estudo da mente.

Segundo Best (BEST, 1992 apud NEUFELD, BRUST, STEIN, 2011) o redirecionamento do ponto de vista comportamentalista para o cognitivista teve como marco o surgimento do computador digital e de outras tecnologias, como por exemplo, a inteligência artificial, que aludiu o *“momento histórico a metáfora do computador para a cognição humana”* (NEUFELD, BRUST, STEIN, 2011, p. 103).

O nascimento efetivo da psicologia cognitiva teve origem nesse contexto mediante a publicação do primeiro livro geral da psicologia cognitiva, o *Cognitive Psychology*, de Ulrich Neisser, em 1956. O desenvolvimento desse cenário fomentou incontáveis trabalhos e, portanto, transformações no modo de olhar o comportamentalismo. Sobre esse ponto, Rangé (1998) afirmou que:

[...] a disseminação da chamada revolução cognitiva na pesquisa básica em psicologia, provocou também uma revolução cognitiva no behaviorismo. Aos poucos modelos cognitivos como os de Ellis(1982), Bandura (1969, 1977, 1989) e Beck e colaboradores (1977, 1985, 1990, 1993) foram sendo introduzidos e progressivamente aceitos (RANGÉ, 1998, apud BAHLS, NAVOLAR, 2004, p.8).

De acordo com Wright, Basco e Thase (2008) a Teoria Cognitiva Comportamental (TCC) se constitui primariamente como uma abordagem de senso comum detentora de duas ideias-eixo. A primeira, *“nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamento”*; a segunda, *“o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções”* (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008, p. 15).

Os pressupostos deste saber apareceram na humanidade, no mínimo, 2 mil anos antes da criação formal da TCC (BECK et al., 1979; CLARK et al., 1999 apud WRIGHT, BASCO, THASE, 2008). Dentre os sábios que reconheceram esse ponto de vista esta Dalai Lama, que constatou:

Se pudermos reorientar nossos pensamentos e emoções e reorganizar nosso comportamento, então poderemos não só aprender a lidar com o sofrimento mais facilmente, mas, sobretudo e em primeiro lugar, evitar que muito dele surja (LAMA, 1999, p. xii apud WRIGHT, BASCO, THASE, 2008, p.15).

A história da TCC tem seu esboço na década de 50, com os trabalhos de Aaron Beck relativos aos pressupostos psicanalíticos da depressão. Conforme Sigmund Freud *“pessoas deprimidas apresentavam uma “hostilidade retrofletida”, ou seja, uma espécie de masoquismo ou necessidade de sofrer”* (FREUD, 1917 apud BAHLS, NAVOLAR, 2004, p. 4).

Porém, os estudos do cognitivista apontaram para outras conclusões, o que culminou na conceituação cognitiva da depressão a partir da “tríade cognitiva negativa”, nos anos 60. Esse entendimento foi baseado na clínica, onde o pesquisador e seus colaboradores observaram que pessoas com a morbidade apresentavam pensamentos negativos em três domínios: si mesmo, mundo e futuro (BECK, 1963,1964 apud WRIGHT, BASCO, THASE, 2008). Dessa forma, seu projeto objetiva reverter cognições desadaptativas e comportamentos associados.

É de suma importância ressaltar que a referida teoria foi submetida a uma gama de pesquisas (BUTLER, BECK, 2000; DOBSON, 1989; WRIGHT et al., 2003 apud WRIGHT, BASCO, THASE, 2008). Cerca de 300 estudos controlados verificaram aplicabilidade em diversos quadros clínicos e transtornos psiquiátricos (BUTLER, BECK, 2000 apud WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Aaron Beck foi o pioneiro na unificação das teorias cognitivas e comportamental, logo, é considerado o pai da TCC. Seu estudo tem foco nos aspectos cognitivos, sendo a cognição compreendida como pensamento. Além desse aspecto fundamental, existem mais duas áreas básicas relacionadas ao funcionamento patológico: emoções e comportamentos. O autor não descarta a possibilidade de influência de processos biológicos nos mesmos (WRIGHT, 2004; WRIGHT, THASE, 1992 apud WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

A clínica Beckniana é breve, focada, baseada no presente, pragmática e fortemente colaborativa e tem, em sua elaboração teórica, a preocupação com a

prática. Inúmeros escritos foram criados com o intuito de auxiliar, de modo técnico/metodológico, os psicólogos cognitivistas no direcionamento terapêutico. Ademais, é abrangente, podendo ser aplicada a todas as idades e classes sociais; coletiva ou individualmente (BECK, 1997).

O processamento cognitivo, central para a concepção da vertente, abarca 3 níveis essenciais, que carregam consigo os pilares da TCC, são eles: consciência, pensamentos automáticos/pré-consciente e esquemas. A consciência é a camada cognitiva mais superficial, onde são feitas escolhas racionais; é de extrema relevância para melhora do cliente.

Abaixo dela, vêm os pensamentos automáticos/pré-consciente, que se constituem como cognições que não estão sujeitas a análise minuciosa de seus conteúdos, podendo conter erros. Esses pensamentos passam de maneira rápida e quase imperceptível; isso ocorre em todos os sujeitos, em diferentes situações.

O último nível é denominado esquemas, que são crenças nucleares construídas ao longo da vida – principalmente na tenra infância – por meio de experiências. São duradouras e rígidas, logo, inquestionáveis. É necessária aos humanos, posto que guarda, dentre outras competências, a função de governar diversos sistemas psicológicos, por exemplo: memória, comportamento e emoção.

Apesar de a nomenclatura crença central aparecer em diversas bibliografias como sinônimo de esquemas, Beck (1964) diferenciou ambas. A primeira seria relativa ao *self* e poderia estar – no caso de ser negativa – relacionada às ideias de desamparo e/ou desamor; já a segunda estaria associada às estruturas cognitivas de pensamento (BECK, 1964 apud BECK, 1997). Dessa maneira, os esquemas seriam uma espécie de conjunto de pensamentos onde as crenças centrais estariam contidas.

Judith Beck (1997), em seu livro *terapia cognitiva: teoria e prática*, declarou que existem diversas teorias que versam sobre cognição e comportamento. Contudo, alega que o diferencial do estudo de seu pai, Aaron Beck, é o fato de seu estudo tratar sobre teoria da personalidade e psicopatologia. Sem contar que é justificada por “evidências empíricas substanciais”. A “vertente beckniana” é a mais

utilizada na atualidade dentro do prisma do cognitivo comportamental (BECK, 1997, cp. 1, p. 10).

De acordo com Duchesne (2001), esse comprometimento com a ética e eficácia fez com que a abordagem cognitiva comportamental, juntamente com a análise funcional do comportamento, fosse eleita pelo Consenso Latino-Americano em Obesidade (CLAO) como uma das psicoterapias mais indicadas no tratamento da obesidade. A CLAO se constituiu como um consenso que visava sistematizar as ferramentas para o tratamento da obesidade a fim de evitar soluções mágicas. Essa convenção contou com diversos países, entre eles, o Brasil.

É imprescindível lembrar que outras vertentes e técnicas, como a psicodinâmica e a hipnose (respectivamente) não foram incluídas na CLAO por não apresentarem evidências quanto a eficácia (COUTINHO, 1999 apud DOUCHESNE, 2001). Dessa maneira, o fenômeno da obesidade infantil será abordado nos capítulos subsequentes dentro do eixo cognitivo comportamental de Beck.

3.1 TCC E O FENÔMENO DA OBESIDADE

O tratamento da obesidade infantil é relevante para TCC ao passo que essa tendência é correlata à manutenção/incremento do peso ao longo dos anos e por sua ligação com morbidades associadas (FISBERG, 1995 apud SALIM, BICALHO, 2004). O excesso de peso afeta a qualidade de vida do sujeito e sua concepção de si, do mundo e do futuro. Essa “tríade cognitiva negativa” (BECK, 1963,1964 apud WRIGHT, BASCO, THASE, 2008) faz com que existam associações significativas entre obesidade e depressão (DOBROW, KAMENETZ, DEVLIN, 2002), além de comprometer o desenvolvimento motor, locomoção e socialização.

Os esquemas são majoritariamente elaborados na tenra infância, por meio de experiências. Essas crenças nucleares governam organizações psicológicas como comportamentos, pensamentos e emoções (BECK, 1997). Quando essa “raiz” (nível mais profundo) é baseada em “pensamentos negativos”, acaba por influenciar o sistema.

Por isso, quanto mais novo o sujeito, mais “fácil” a reestruturação de suas crenças, em razão de estarem “menos” enraizadas. Seguindo essa linha, estudos apontam que intervenções para diminuição da severidade patológica são mais eficazes em crianças de até 10 anos, do que em adultos (DAVIS, CHRISTOFFEL, 1994; TROIANO, FLEGAL, 1998 apud LEÃO et al., 2003).

A OMS, Organização Mundial da Saúde (1998) aborda a obesidade como sendo a “doença na qual o excesso de gordura corporal se acumulou a tal ponto que a saúde pode ser afetada”. Somado a isso, está a compreensão de que a mesma advém do excesso de peso adquirido por meio de comportamento alimentar, no qual a ingestão calórica supera o gasto de energia (DOBROW, KAMENETZ, DEVLIN, 2002).

Essa enfermidade está ligada a fatores genéticos, metabólicos, (MACEDO, CANÇADO, 2009 apud ELIAS, 2013) ambientais, culturais, familiares, sociais, psicológicos (PINTO, 2011 apud ELIAS, 2013) e emocionais (GUEDES et al., 2009 apud ELIAS, 2013).

Tal qual apontado por Halpern e Rezende, geralmente a obesidade é mensurada por meio do peso, porém nem sempre o indivíduo pesado apresenta grande quantidade de tecido adiposo (HALPERN, 1983 apud REZENDE, 2006 apud ELIAS, 2013). No caso de sujeitos musculosos, por exemplo, o peso é maior, sem estar relacionado com o aumento do percentual de gordura.

O critério mais utilizado na categorização de peso em adultos é o Índice de Massa Corporal (IMC), que leva em conta o peso por altura. Para medição em crianças, a OMS, aconselha a adição da variável idade ao cálculo. Atualmente, esse critério de IMC tem sido mais amplamente utilizado, uma vez que possibilita a delimitação etária e a análise do movimento do fenômeno. O uso dessa medida é deveras criticado, por haver inúmeros prós e contras (BELLIZZI, DIETZ, 1999 apud LEÃO et al., 2003).

Segundo a tabela de padrões de crescimento infantil da OMS (WHO Child Growth Standards), que leva em conta o critério peso-por-altura e o sexo de crianças menores de 5 anos; o sobrepeso é verificado quando há desvio padrão superior a 2 pontos em relação à média. Já a obesidade é caracterizada por 3 desvios-padrão acima da mediana. ¹

Em população com idade entre 5 e 19 anos, a organização utiliza a tabela de referência de crescimento, também dividida por sexo. Nesse público o sobrepeso e a obesidade têm relação com o resultado do IMC para idade. Para a classificação de sobrepeso a mediana deve ser superada por pelo menos 1 desvio padrão, enquanto para a obesidade, a mediana deve ser ultrapassada em, no mínimo, 2 desvios-padrão. ²

A incidência da obesidade infantil apresenta números alarmantes. Estudos do ano de 2016 estimaram que cerca de 41 milhões de sujeitos com até 5 anos já apresentavam excesso de peso ou obesidade. No grupo de crianças (>5) e adolescentes (\leq 19), a pesquisa revelou que mais de 340 milhões de jovens exibiam corpos acima do peso ou obesos. ³

Esse fenômeno crescente tem sido notado mais expressivamente nos últimos 30/40 anos, tanto no contexto internacional quanto brasileiro. Apesar disso, a obesidade só começou a ser tratada como problema de saúde pública nacional cerca

de 15 anos atrás, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (SUS, 1999 apud DIAS et al., 2017). Ainda que a obesidade tenha sido retratada em outras épocas, foi na contemporaneidade que a mesma ganhou a categorização de morbidade, devendo, assim, ser combatida:

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 apud ELIAS, 2013, p.13).

Um dos fatores mais importantes para o controle dessa epidemia diz respeito à obesidade infantil, que carrega consigo potencialidades para patologias físicas (LEÃO et al.; 2003) e psíquicas (DOBROW, KAMENETZ, DEVLIN, 2002). De acordo com Silva e Bittar (2012):

Um ponto relevante quanto à verificação da prevalência da gordura corporal excessiva na infância refere-se à precocidade com que podem surgir os efeitos danosos à saúde, sabidamente associados à obesidade, além das relações existentes entre obesidade infantil e seu prolongamento até a vida adulta (FISBERG et al., 2004 apud SILVA, BITTAR, 2012, p.198).

A criança obesa, na grande maioria das vezes, é estigmatizada, sendo alvo de piadas humilhantes na escola e comentários pejorativos no âmbito familiar. Ela é vista como diferente, preguiçosa, feia e incapaz; o que interfere negativamente na constituição de sua autoimagem e conseqüentemente, reduz sua autoestima e qualidade de vida (FELDMANN et al., 2009).

Essa não aceitação social e de si promove sofrimento psíquico, que aparece na realidade em forma de *“instrospecção, isolamento, busca por atividades individuais e sedentárias”* (FELDMANN et al., 2009, p.225). Por diversas vezes, a tristeza e a ansiedade geradoras e provenientes desse processo retroalimentam os episódios alimentares compulsivos (alta ingestão de calorias em pequeno período de tempo), dificultando seu manuseio.

A obesidade exerce grande força sobre a subjetividade e desenvolvimento da criança, seja no âmbito físico, seja no psicológico. Por ser considerada morbidade multifatorial, seu tratamento normalmente é feito de modo multiprofissional - médico, nutricional, psicológico e de educação física – sendo indispensável o apoio da família na adesão ao tratamento.

No que toca as psicoterapias, as linhas comportamentais da psicologia, como a Análise Funcional do Comportamento e Teoria Cognitivo Comportamental são chamadas a agir por permitirem resultados rápidos e efetivos no que concerne a perda de peso, bem como a maior possibilidade de adesão em longo prazo, já que diminui percentualmente o número de desistências. A TCC é abordagem mais solicitada – quase em todos os casos - para esse tipo de tratamento, pois *“busca uma modificação dos comportamentos-alvo (patológicos ou desadaptativos) baseada no aqui e no agora”*. (ABESO, 2012, rv. 57, p.15), além de minimizar o risco de recaídas a partir do uso de técnicas cognitivas e comportamentais (ELIAS, 2013).

4 MATRIZES ORGANIZADORAS DO FENÔMENO OBESIDADE

O fenômeno da obesidade se constitui através da correlação entre quatro diferentes matrizes, dentre elas a prevalência, genética, ambiente e fatores psicológicos. É unânime a caracterização da ocorrência da obesidade como epidêmica (NEUFELD, MOREIRA, XAVIER, 2012; SILVA, BITTAR, 2012; OLIVEIRA, FISBERG, 2003; LUIZ, 2010; LUZ, OLIVEIRA, 2013; HERNANDES, VALENTINI, 2010; MINISTERIO DA SAUDE; 2006) e até mesmo pandêmica (SWINBURN et al., 1999; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004 apud MINISTERIO DA SAUDE; 2006).

O olhar sobre sujeito obeso deve levar em conta a complexidade do fenômeno, que consensualmente é compreendido como multifatorial, abarcando variáveis genéticas, ambientais, comportamentais e socioculturais (HERNANDES, VALENTINI, 2010).

No Brasil a obesidade vem sendo tratada como problema de saúde pública por ter aumentado exponencialmente nas últimas décadas, principalmente no público infanto-juvenil (LEÃO et al., 2003).

4.1 PREVALÊNCIA

A pesquisa de Wang (WANG et al., 2002 apud MINISTERIO DA SAUDE, 2006) revela incremento de cerca de 5% na faixa etária de 6 a 18 anos em um período de aproximadamente 20 anos. A base de comparação desse estudo leva em conta dados colhidos 1974 (6 a 9 anos - 4.9% e 10 a 18 anos - 3.7% = 8.6%) e 1996/97 (14% de 6 a 18 anos).

No que diz respeito a localização geográfica da obesidade, não é possível fazer afirmações. Os estudos encontrados foram primordialmente (quantidade) realizados nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, o que dificulta a apreensão do fenômeno como um todo. No Nordeste estima-se que 5% dos meninos e 12% das meninas têm sobrepeso; enquanto no Sudeste, não há diferenciação porcentagem/sexo, sendo 17% entre meninos e meninas (NUNES et al., 2006 apud NEUFELD, MOREIRA, XAVIER, 2012).

De acordo com Silva e Bittar (2012) essa manifestação não pode ser enquadrada em uma região, país ou grupo racial e/ou étnico. É mundial e ocorre em todos os níveis socioeconômicos. Contudo, alguns estudos divergem nesse ponto. Resultados encontrados em pesquisas sobre prevalência da obesidade em crianças e/ou adolescentes em idade escolar como a de Neutzing et al (2000), Souza Leão et al (2003) e Costa et al citado por Oliveira & Fisberg (2003) nos permite inferir que a condição socioeconômica se relaciona com essa ocorrência.

No primeiro estudo (NEUTZING et al., 2000 apud LUIZ, 2010) as maiores taxas foram ligadas ao público feminino, de renda per capita acentuada e residente em regiões industrializadas. Autores também conectam a crescente expansão da obesidade à urbanização (ZHAO et al., 2008 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013).

Nas demais elaborações supracitadas, os maiores números se circunscreveram em escolas particulares, o que correlacionou nível educacional e socioeconômico ao acúmulo de peso (SOUZA LEÃO et al., 2003; COSTA et al apud OLIVEIRA, FISBERG, 2003).

Apesar de ser encontrada em diversos estados brasileiros, a relação educação/ renda elevada - influência positiva no processo de ganho de peso - não corresponde aos produtos encontrados no exterior. Investigações realizadas em países desenvolvidos apontam relação inversa entre aporte financeiro/educacional e obesidade (OLIVEIRA, FISBERG, 2003).

Considerando dados relativos a obesidade em adultos, o Ministério da Saúde (2006) assinala que, atualmente, a obesidade aflige mais mulheres (12.7%) do que homens (8.8%), sendo que a maior prevalência se encontra nas regiões Sul e Sudeste. O predomínio da obesidade permanece homogêneo em ambos os sexos até a faixa dos 40 anos, a partir de quando a incidência em mulheres dobra.

Ainda que exista, no Brasil, dados epidemiológicos sobre prevalência da obesidade, é imprescindível colocar que pesquisas são apenas um retrato enquadrado da realidade, não podendo a mesma ser reduzida a elas. Com isso, o ganho exagerado de peso deve ser pensado como fenômeno complexo que, como um prisma, possui diversas facetas que refletem, mesmo que em menores intensidades, em todas as idades e classes sociais.

Além de componentes como: localidade, sexo, condições socioeconômicas e culturais; existem também interseções apresentadas pela bibliografia entre obesidade e fatores genéticos/ biológicos, que merecem ser citadas a título de inflexão sobre o debate.

4.2 FATORES GENÉTICOS E BIOLÓGICOS

Pesquisas contemporâneas realizadas no âmbito da nutrição, medicina e/ou psicologia revelam a hereditariedade como o mais importante prenunciador dessa ocorrência (SOTELO, COLUGNATI, TADDEI, 2004 apud SILVA, BITTAR, 2012).

a programação e controle genético são capazes de produzir a manutenção fisiológica de uma determinada quantidade de gordura para cada indivíduo. O genótipo pode influenciar a forma de distribuição de gordura, a taxa metabólica de repouso, a habilidade de utilizar a energia dos alimentos, a composição corporal, a atividade do tecido adiposo, a lipólise e o comportamento na alimentação (LEITE, 2005 apud HERNANDES, VALENTINI, 2010, p. 54).

A predisposição genética/biológica favorece o desenvolvimento da condição do excesso de peso (BERNARDI, CICHELERO, VITOLO, 2005 apud SILVA, BITTAR, 2012), porém não determina diretamente essa conjuntura. Diversas são as elaborações sobre a expansão do fenômeno contemporâneo da obesidade, dentre elas as ambientais e evolutivas. Ou seja, não é possível determinar este como fator central ou exclusivo para o fenômeno.

Fatores ambientais, principalmente àqueles provenientes de transformações socioeconômicas/culturais são responsáveis por reorganizar hábitos alimentares e estilos de vida. Seguindo esse raciocínio, o meio estaria no cerne da obesidade, ao passo que poderia ser condicionante propulsor na formação dessa epidemia (ROSEMBAUM, LEIBEL, 1998 apud OLIVEIRA, FISBERG, 2003). Ao concebermos o ambiente como potência, tanto para maximização quanto minimização de casos, lançamos a possibilidade de manuseá-lo a fim de favorecer a forma de lidar com essa doença (SOTELO, COLUGNATI, TADDEI, 2004 apud SILVA, BITTAR, 2012).

A hipótese evolutiva para a taxa crescente de pessoas com excesso de peso se sustenta na formulação de seleção natural de Darwin (1859) que propôs que o meio age seletivamente a fim de selecionar os seres mais aptos. Esta perspectiva apresenta tensões a serem relativizadas, mas se faz presente na bibliografia sobre o

tema. King (2013) sugere que o sistema cerebral de recompensas se encontra desadaptado:

durante a evolução do ser humano, quando este vivia em um ambiente com quantidade limitada de alimentos altamente nutritivos e períodos de escassez de alimentos, foi adaptativo o circuito de recompensa do cérebro que fazia um indivíduo comer muitos alimentos de alta densidade nutricional [...] atualmente nos países industrializados vive-se em ambientes que podem ser chamados de “obesogênicos”, com uma ampla disponibilidade de alimentos calóricos, e este antigo sistema de funcionamento cerebral pode anular os mecanismos fisiológicos inibitórios que se destinam a limitar a quantidade de alimento ingerido e o consequente ganho de peso (KING, 2013 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013, p.160).

Ainda no que concerne ao ambiental-biológico, Silva e Bittar (2012) citam um achado bibliográfico não usual, que atrela preferências individuais - denominadas no senso comum pela palavra “gosto” – à componentes genéticos. Segundo os mesmos:

A formação dos hábitos alimentares é um processo que se inicia desde o nascimento com as práticas alimentares introduzidas nos primeiros anos de vida pelos pais, primeiros responsáveis pela formação destes hábitos. Posteriormente, vai sendo moldado, tendo com base as preferências individuais, as quais são determinadas geneticamente, pelas experiências positivas e negativas vividas com relação à alimentação, pela disponibilidade de alimentos dentro do domicílio, pelo nível socioeconômico, pela influência da mídia e pelas necessidades fisiológicas (SANTOS, 2007 apud SILVA, BITTAR, 2012, p. 199).

A instituição de práticas saudáveis no primeiro ano de vida do bebê é fundamental para o bom desenvolvimento infantil. Pesquisas conduzidas entre 1980 e 2002 concluíram o papel preventivo da amamentação contra a obesidade. Esse comportamento materno propicia ao neném não só o valor nutricional do leite e seus benefícios biológicos, mas também a construção de laços afetivos entre ambos. A relação inicial mãe-bebê reverbera na formação do campo psíquico e comportamental, sendo capaz de demarcar hábitos alimentares (BALABAN, SILVA, 2004 apud SILVA, BITTAR; 2012).

O aleitamento materno representa uma das experiências nutricionais mais precoces do recém-nascido, dando continuidade à nutrição iniciada na vida intrauterina. A composição do leite materno em termos de nutrientes difere quantitativamente das fórmulas infantis. Além disso, vários fatores bioativos estão presentes no leite humano, entre eles hormônios e fatores de crescimento que vão atuar sobre o crescimento, a diferenciação e a maturação funcional de órgãos específicos, afetando vários aspectos do desenvolvimento (BALABAN, SILVA, 2004 apud SILVA, BITTAR, 2012, p. 200)

As ligações entre aspectos genéticos/biológicos e ambientais são muito estreitas, sendo difícil a separação didática entre eles. Dessa forma, os fatores biológicos, socioculturais e psicológicos se mútuoinfluenciam criando uma espécie de teia indissociada que se retroalimenta.

4.3 FATORES AMBIENTAIS

O ambiente ou estilo de vida é caracterizado pelo conjunto de comportamentos, atitudes e hábitos que estão conectados ao surgimento de condições patológicas, principalmente àquelas ligadas à doenças crônicas não transmissíveis (PAIM, 1997; POSSAS, 1989; CHOR, 1999; MENDONÇA, 2005 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Entretanto, não podemos entendê-lo como um conjunto de ações de cunho exclusivamente individual, visto que não existe separação real entre as esferas singular e coletiva (CHOR, 1999; MENDONÇA, 2005 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Denominado “obesogênico”, esse contexto contemporâneo é marcado por uma enorme quantidade de alimentos atrativos com alto valor energético e pelo sedentarismo facilitado por uma cultura de supressão de esforço:

Todos os comandos são enviados por controles remotos; os eletrônicos são programados para produzir e responder de forma rápida e instantânea, como micro-ondas; as atividades de lazer das crianças e adolescentes se resumem a videogame e televisão ; assim o gasto energético é reduzido ao mínimo, favorecendo o aumento de peso (MARIZ et al., 2015, p. 895.).

Em um mundo onde “tempo é dinheiro”, enlatados, industrializados e redes de *fast-food* legitimam e expandem seu reinado. Elas promovem a ideia de alimentação saborosa, nutritiva, rápida e de baixo custo, o que faz com que se encaixem perfeitamente no perfil imediatista atual. Açúcares refinados, gorduras hidrogenadas, conservantes, aromatizantes e estabilizantes estão entre os ingredientes mais utilizados nesses pratos (BARBOSA, 2009; LIMA, ARRAIS, PEDROSA, 2004 apud SILVA, BITTAR, 2012; LUZ, OLIVEIRA, 2013; MARIZ et al., 2015).

Como expresso anteriormente, os primeiros anos de vida são basilares na estruturação de hábitos alimentares saudáveis, diante disso a instituição familiar se impõe como primeira e principal representante do social (SANDERS, 2005 apud LUIZ, 2010).

É no início infância que os sistemas de crenças são aprendidos, desenvolvidos e testados de acordo com as experiências vividas. Tendo em vista esse fator, a educação dada pelos pais é de suma importância, uma vez influenciará o modo de relacionamento da criança com o mundo (BECK, 1997).

Segundo Silveiras (2004) é importante voltar o olhar para os pais no tratamento da obesidade, visto que são responsáveis pelo controle de grande parte das contingências (SILVARES, 2004 apud LUIZ, 2010), por exemplo: regularidade e tipo de atividades físicas, lazer e alimentação. Porém, em diversos casos a família opera justamente como mantenedora dessa condição infantil. Tendo em vista esse ponto, o manejo da obesidade na infância é considerado complicado, pois depende da disposição favorável da mesma modificar seus hábitos relacionados a comida (MELO, LUFT, MEYER, 2004 apud LUIZ, 2010). Pesquisas realizadas em famílias com alta concentração de tecido adiposo demonstraram correlação entre o peso de pais e filhos. No caso de ambos os pais serem obesos a probabilidade é que 2/3 das crianças também o sejam, número que cai em 50% se a condição estiver presente em apenas um. Em contraste, se os genitores forem magros o risco para desenvolvimento do quadro obeso reduz para 10% (VIUNISKI, 2000 apud HERNANDES, VALENTINI, 2010).

É importante que não devemos estabelecer um parâmetro moral de culpabilização das famílias, mas inserir este debate como parte dos fatores e contextos em que o fenômeno da obesidade se constitui.

A inserção de alimentos industrializados na dieta diária, o incentivo ao consumo desproporcional, a implementação da comida como recompensa, a promoção da associação entre emoções/comemorações sociais/comida e a falta de atuação dos progenitores na educação nutricional por conta dos longos períodos de trabalho são indispensáveis para gerar condições psíquicas que contribuam para expansão do fenômeno do excesso de peso (SALIM, BICALHO, 2004; MARIZ et al., 2015).

Outro ponto que favorece o aparecimento precoce da obesidade é a noção atrelada à concepção de saúde e beleza de bebês e crianças. Em consonância, Salim e Bicalho (2004), expõem:

Muitas vezes, até certa idade, o ser “gordo” é admirado pelos pais e é considerado sinônimo de que seus filhos são “fortes” e têm “apetite de leão”. Uma criança de três, quatro anos com sobrepeso é considerada pela família como “fofinha”, e é este o conceito de beleza para essa idade. Contudo, quando essa criança cresce e chega à adolescência, o conceito de beleza se modifica e os quilos a mais tornam-se uma dificuldade particular, somente resolvida à custa de esforços extraordinários (MENEZES, 1998 apud SALIM, BICALHO, 2004, p. 26).

Somado a isso está a baixa realização de atividades físicas, que contribui para o aumento da prevalência da obesidade bem como de diabetes e doenças cardiovasculares (FRANCISCHI, PEREIRA, LANCHA, 2001 apud HERNANDES, VALENTINI, 2010).

No âmbito escolar as aulas de educação física ainda promovem a interação social das crianças. Essa disciplina facilita a criação de laços afetivos, aprimora aspectos morais e de cooperação/união através do trabalho em equipe (POWERS, HOWLEY, 2000; GALARDO, 1997; PAPALIA, 1981; BARBOSA, 2004 apud FELDMANN et al., 2009).

O sedentarismo é co-dependente de variáveis que desestimulam brincadeiras e esportes de rua, sendo o avanço do lazer vinculado à tecnologia (TV, computador, videogame...) e o incremento da violência algumas delas (BARBOSA, 2009 apud SILVA, BITTAR, 2012).

Estudos no campo da saúde infantil apontaram que apesar dos pais se importarem com o peso dos filhos, os mesmos afirmavam que suas maiores preocupações com relação a integridade das crianças no longo prazo eram : *“drogas ilícitas (24%), violência (20%), tabagismo (13%), doenças sexualmente transmissíveis (10%), o álcool e por último (5%) a obesidade ou sobrepeso”* (AMERICAN OBESITY ASSOCIATION – AOA, 2008 apud LUIZ, 2010, p. 37-38). O fato do excesso de peso ficar com a menor porcentagem induz a conclusão de que ou os pais desconhecem a gravidade das comorbidades associadas à obesidade, ou subestimam o risco do excesso de peso à saúde (LUIZ, 2010).

Levando em conta todas as informações apresentadas, é preciso salientar que existe uma contradição no campo do ambiente e a mesma não pode ser

ignorada. Recentemente, está presente na mídia um estímulo constante para se produzir pessoas que consomem além do limite, deslocando a alimentação da perspectiva da necessidade fisiológica para a sociocultural. É indiscutível a presença do fator social desempenhado pela comida na nossa sociedade, ao passo que indivíduos se constituem e socializam em torno da comida.

Esse paradoxo pulsante é indiscutível quando observamos o marketing feito de acordo com os interesses do mercado, por exemplo: indústrias alimentícias, farmacêuticas, de beleza, de comunicação e entre outros. Ao mesmo tempo em que há exaltação do corpo magro como detentor do sucesso, beleza e saúde; coexiste a vinculação massiva de propagandas que incentivam a ingestão desenfreada de comidas hipercalóricas, que na maioria das vezes estão associadas à experiências de felicidade, satisfação com a vida e status (CAMPOS et al., 2015).

Assim, não podemos deixar de lembrar que a obesidade também é um problema de ordem social, cultural e subjetiva, que influencia a construção da identidade individual e afeta a saúde psíquica dos que contam com peso a mais, dos que são julgados de forma negativa e depreciativa por familiares, amigos, conhecidos, inclusive por profissionais de saúde. (CAMPOS et al., 2015, p.91).

A valoração negativa resultante da equação entre o que o indivíduo é e o que o meio espera que ele seja, é denominada por Erving Goffman (1988) como estigma. Na obesidade esse julgamento pejorativo se dá especialmente por condenações de cunho moral (PINTO, BOSI, 2010 ;GOFFMAN, 1988 apud CAMPOS et al., 2015).

Em uma sociedade que prega o lema “você pode ser o que quiser”, há a rotulação do “gordo” como sendo preguiçoso, sem limites, impulsivo, descontrolado e sem caráter. Afinal, como confiar em alguém que não consegue lidar com os próprios impulsos? (CAMPOS et al., 2015).

Para Goffman (1988) o processo de estigmatização foi observado historicamente uma vez que era a partir dos *“sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava”* (GOFFMAN, 1988 apud CAMPOS et al., 2015, p. 95).

A noção segregatória dessa condição resiste culturalmente em praticamente todas as esferas sociais, incluindo o campo do trabalho. Reportagens divulgadas na mídia ressaltam uma espécie de “seleção lipofóbica dominante” que rejeita e/ou dificulta a entrada de pessoas significativamente acima do peso no mercado. Consequentemente, isso desfavorece a ascensão financeira e social dessa população. (FOLHA DE SÃO PAULO, 2014 apud CAMPOS et al., 2015).

O sofrimento emocional pode ser uma das partes mais dolorosas da obesidade, uma vez que a civilização ocidental enfatiza a aparência física e frequentemente iguala atratividade com magreza [...] Além disso, para alguém que já tem uma baixa auto-estima e tendência a sintomas de depressão, ter um “corpo imperfeito” é declarar-se preguiçoso, incapaz, relaxado e incontrolado, desencadeando dor e sofrimento (BARLOW, 1999 apud SALIM, BICALHO, 2004, p. 25).

Em crianças essa distância social é visualizada tanto no âmbito escolar quanto em atividades de recreação. Muitas vezes essa exclusão é canalizada para o próprio corpo, sendo experimentada como auto repulsa; sentimento que traz consequências maléficas no que tange a inserção psicossocial infantil (DIETZ, 1998; BROWNELL, WADEN, 1991 apud VIANA, 2002). Esse assunto será mais especificamente abordado no tópico a seguir, que trabalhará as possíveis relações entre fatores psicológicos e obesidade.

4.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE

David Hume (1711-1776) foi a primeira pessoa a pensar a obesidade em relação aos aspectos psíquicos. O filósofo, que era obeso, acreditava que um “estado de espírito” atípico, privado do “ardor de desejo” era o responsável pelo “apetite devorador” (POULAIN, 2013 apud CAMPOS et al., 2015). Embora esse fenômeno tenha aparecido há muito tempo, o incremento e desenvolvimento de pesquisas nessa área só se deu a partir dos anos 50 (SWENCIONIS, RENDELL, 2012 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013).

Os aspectos psicológicos são relevantes para a compreensão desse problema de saúde pública posto que somente uma modesta porcentagem dos casos se vincula diretamente a doenças hereditárias ou endócrinas (ESCRIVÃO, LOPES, 1995 apud CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005). Os mesmos foram abordados no *Consensus Conference on Obesity* (1985), onde findou-se a seguinte afirmação: “*A obesidade cria uma enorme carga psicológica...Em termos de sofrimento, esta carga pode ser o maior efeito adverso da obesidade*” (STUNKARD, WADDEN, 1992, p. 524 apud CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005, p. 40).

Sentimentos desagradáveis como os de inadequação, renegação, depreciação e desamparo são combustíveis inflamáveis no aparecimento do sofrimento psíquico. Por isso, é frequentemente notada a reincidência de determinados termos na literatura. Os achados mais comuns entre obesidade e manifestações psíquicas giram em torno dos temas sobre percepção de si (*locus* de controle, autoconceito, auto aceitação, autoestima e entre outros); ansiedade e depressão.

Uma investigação conduzida com usuários do serviço ambulatorial de obesidade infantil da Unifesp concluiu que a maioria das crianças (76,8%) possuíam condições emocionais significativas vinculadas ao aparecimento e desenvolvimento da enfermidade (ANDRADE, 1995 apud CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005). Dados colhidos por Pagoto e colaboradores (2008) expuseram que somada às doenças dotadas de cronicidade havia presença de depressão em pelo menos 1/3 dos adultos avaliados (PAGOTO et al., 2008 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013).

A 5ª edição do manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais (DSM-V) estabelece, dentro do capítulo de Transtornos de Humor, o Transtorno Depressivo Maior. Ele se refere a uma alteração no estado de ânimo, com duração superior a 2 semanas, que cause sofrimento significativo e/ou afete o andamento normal da vida do indivíduo. Essa doença é caracterizada pela presença de pelo menos 5 dentre os 9 sintomas descritos, sendo imprescindível a apresentação de um dos itens a seguir: (1) *humor deprimido* ou (2) *perda de interesse ou prazer* (DSM-V, 2013).

Em crianças essa condição pode se manifestar por meio de variados estados de ânimo (entristecimento, fúria, irritabilidade, etc.) e pela ocorrência de alterações abruptas de humor sem aparente paralelo ambiental. As consequências advindas dessa conjuntura são notadas em inúmeras facetas sociais, dentre elas a escola e a família (FUI et al., 2000 apud LUIZ, 2010).

Em adultos, quando combinada à obesidade, a depressão comórbida agrava os danos à saúde e prejudica o desempenho da jornada de trabalho; podendo favorecer, inclusive, o adiantamento do benefício previdenciário (KARAKUS, OKUNADA, 2011 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013).

Os estudos de Beck (1963,1964) sobre a depressão focalizaram a presença da “*tríade cognitiva negativa*”, que se traduz em percepções pessimistas sobre si mesmo, mundo e futuro (BECK, 1963,1964 apud WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Essa noção se estreita com o auto conceito de Bandura (1986). A forma com que é conduzida essa interpretação de si advém da auto avaliação realizada pelo indivíduo no encontro com o meio. Seu conteúdo pode ser positivo ou negativo e se conecta tanto com a percepção de fatores físicos quanto psicossociais. O auto conceito é de suma importância para psicologia, visto que tem a capacidade de influir no modo com que o sujeito experimenta o mundo. Sendo assim, um auto conceito positivo pode auxiliar na manutenção da saúde mental. (BANDURA, 1986 apud CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005).

A noção de associação entre a dificuldade de governar as emoções e o excesso de tecido adiposo é retratada por diversos estudiosos. Rabelo e Leal (2007), em seu estudo sobre a personalidade de mulheres obesas, encontraram o

componente “ingestão emocional”, conectado a sentimentos negativos de fundo social.

Tomaz e Zanini (2009) também relataram correlação entre inabilidade de resolver problemas cotidianos e o ato de comer, ao passo que o mesmo consistiria em uma tentativa de dessestresse (RABELO, LEAL, 2007; TOMAZ, ZANINI, 2009; apud LUZ, OLIVEIRA, 2013). Kahtalian (1992) adiciona que “*o ato de comer, para obesos, é tido como tranquilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, sendo apresentadas também dificuldades de lidar com a frustração e com os limites*” (KAHTALIAN, 1992 apud CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005, p. 39).

A ansiedade é um dos traços mais exibidos pela literatura avaliada no presente trabalho. No DSM-V (2013), é retratada como uma categoria abrangente, denominada Transtornos de Ansiedade. A mesma contém diversas subdivisões com critérios de tempo e sintomas estabelecidos (DSM-V, 2013). Porém, existem aspectos comuns entre elas como o fato de serem manifestações patológicas e possuírem tensão associada a sintomas neurovegetativos (tremores, tonturas, vômito, taquicardia, transpiração, etc.) (CORDIOLLI, 2007; MÉNDEZ; OLIVARES; BERMEJO, 2005 apud LUIZ, 2010).

Esse estresse é entendido como “*sentimento desagradável de apreensão, caracterizado por tensão e/ou desconforto, derivados de antecipação de perigo externo ou interno*” (CASTILLO et al., 2000 apud LUIZ, 2010, p. 30). A ansiedade é inerente ao ser humano e sua existência não deve ser necessariamente atrelada a problemas psíquicos. Sua aparição patológica se inicia “*quando é desproporcional à situação desencadeante e quando interfere na qualidade de vida, no conforto emocional e no desempenho diário do indivíduo*” (CASTILLO et al., 2000 apud LUIZ, 2010, p. 30).

O tipo de Transtorno de Ansiedade mais recorrente é o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Segundo o manual a referida é composta pela presença de preocupação excessiva em diversas esferas da vida do sujeito, com ocorrência quase que diária, por um período mínimo de 6 meses. Além disso, para fechar o diagnóstico é necessário haver ao menos 3 dos 6 sintomas em adultos e apenas 1

em crianças (CORDIOLLI, 2007; MÉNDEZ; OLIVARES; BERMEJO, 2005 apud LUIZ, 2010).

Nesse prisma, Andrade (1995) expõe que *“um alto nível de ansiedade pode ter como sintoma a obesidade, que possivelmente mascara dificuldades internas, afetivas e relacionais, requerendo um tratamento psicológico urgente”*. (ANDRADE, 1995 apud CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005).

Ainda no que se relaciona ao tema do controle temos a elaboração de Rotter (1996) que estreia o conceito de *locus* de controle como o local onde se encontra a força que responsável por gerir a vida do sujeito. Esse lugar pode estar dentro (*locus* interno) ou fora (*locus* externo) do mesmo. Para ele, o fato do indivíduo centrar o controle em si próprio constitui uma característica favorável à perda de peso. (ROTTER, 1996 apud CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005).

Nessa mesma lógica, a pesquisa feita por Stotland e Zuroff (1990), a partir da aplicação de testes de autorrelato em adultos, correlacionaram *locus* de controle ao emagrecimento. O estudo de Aldersberg e Mayer (1949) também evidenciou a relação positiva entre crenças de *“atribuição de causalidade externa”* e excesso de peso. (STOTLAND, ZUROFF, 1990; ALDERSBERG, MAYER, 1949 apud CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005). Em contra partida, existem outras inúmeras pesquisas que contradizem esses resultados. (GORMALLY, RARDIN, BLACK, 1980; TOBIAS, MACDONALD, 1977 apud CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005).

Sobre questões ligadas à autoestima, valorização do corpo e aceitação, temos trabalhos que demonstram que crianças com excesso de peso possuem problemas em relação a esses pontos (FERRIANI et al., 2005); que muitas se sentem desconfortáveis com sua aparência (CARVALHO et al., 2005), experimentando insegurança (GIULIANO, CARNEIRO, 2004) e exclusão (FERRIANI et al., 2005; CARVALHO et al., 2005; GIULIANO, CARNEIRO, 2004 apud FELDMANN et al., 2009).

Em concordância com resultados supracitados, está a pesquisa de Salim e Bicalho (2004). Além de concluírem que aspectos psicológicos são congruentes tanto à causa quanto ao efeito do fenômeno da obesidade infantil, separam ambos os tópicos:

As causas são: dificuldades de adaptação e ansiedade. As conseqüências: não-aceitação social, isolamento e baixo nível de auto-estima. Considera-se que as condições socioafetivas são mais relevantes para fins prognósticos do que simplesmente fatores físicos. (SALIM, BICALHO, 2004, p. 23).

Reeve (2006) aponta no seu trabalho de revisão de literatura os benefícios da autoestima elevada. Para ele, a mesma mantém o self prevenido contra a depressão e ansiedade. (REEVE, 2006 apud FELDMANN et al., 2009).

Dentre muitos outros pesquisadores - que por espaço e tempo não puderam ser citados - Cataneo e colaboradores (2005) divergiram dos achados acima. A apuração efetuada com crianças (27 obesas e 27 não obesas) tinha como objetivo averiguar se havia um elo entre obesidade e aspectos psicológicos. Os resultados obtidos não sugeriram discrepância quanto sofrimento psicológico entre os grupos, sendo vetada causalidade entre problemas psicológicos ou do comportamento (CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005).

Silva e Maia (2011) também não constataram maior prevalência de psicopatologias em pessoas com obesidade. Apesar dos dados colhidos, esse grupo apresentou um maior índice de reclamações, tanto no que concernia à saúde quanto às experiências subjetivas negativas. (SILVA, MAIA, 2011 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013). Demais pesquisadores sugerem que os resultados obtidos nesse estudo são discutíveis, pois o mesmo não analisou a existência de diagnósticos psiquiátricos e transtornos alimentares (DOBROW, KAMENETZ, DEVLIN, 2002 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013).

Por fim, as concordâncias e dissonâncias nos fazem pensar em um ponto quase esquecido. Apesar dos padrões estatísticos, nem todo quadro de obesidade está associado a sofrimento psíquico e/ou patologias psiquiátricas. A pura e descontextualizada generalização das informações apresentadas, configuraria numa (re)estigmatização dessa população, desconsiderando as particularidades dos sujeitos e patologizando-os sem relevar os modos como o fenômeno se dá. Sabiamente, Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) sustentaram, a partir dos resultados encontrados em seu trabalho, o seguinte:

Assim a linha de pesquisa que visa explorar as relações entre obesidade e psicopatologia acha-se, ainda, em aberto. Do ponto de vista da assistência e tratamento, é preciso cautela no encaminhamento para atendimento

psicológico, pois a necessidade não é generalizada. Ser gordo não significa ter problemas psicológicos. É preciso desmistificar esta crença, especialmente junto aos pais que, possivelmente, por dificuldades em administrar uma alimentação mais balanceada a seus filhos, buscam enxergar problemas de ordem emocional como fatores de explicação para a ocorrência do excesso de peso (CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005, p. 45).

5 PSICOLOGIA NO CUIDADO E ACOLHIMENTO A OBESIDADE: O PAPEL DA TCC

De acordo com a bibliografia utilizada, o tratamento da obesidade durante a infância apresenta maior efetividade do que quando realizado em adultos (EPSTEIN et al.; 1995 apud PIMENTA et al., 2009). Apesar disso, ainda é difícil encontrar pesquisas sobre a prática clínica em TCC dentro do contexto da obesidade infantil brasileira.

Grande parte da literatura encontrada na área discute etiologia, prevalência e a possível relação entre obesidade e aspectos psicológicos disfuncionais ligados à quadros de ansiedade, depressão, diminuição de autoestima e autocontrole, etc. (CATANEO, CARVALHO, GALINDO, 2005; LEÃO et al.; 2003; SALIM, BICALHO, 2004; MELO, 2011; FELDMANN et al., 2009; HERNANDES, VALENTINI, 2010; SILVA E BITTAR, 2012; CAMPOS et al., 2015; VIANA, 2002; OLIVEIRA, FISBERG, 2003; MARIZ et al., 2015; COLLOCA, DUARTE, 2008).

Porém, ainda são exceções os estudos que demonstram intervenções e dados específicos do uso da psicologia como ferramenta auxiliar na perda/controlar de peso em crianças. Esse fator dificulta o processo investigativo uma vez que a comparação é efetuada com base em um banco de dados reduzido (LUIZ, 2010; AFONSO, CUNHA, OLIVEIRA, 2008; ABESO, 2012; ELIAS, 2013; LUZ, OLIVEIRA, 2013; PIMENTA et al., 2009; BORGES, NEVES, 2014; ADES, KERBAUY, 2002).

Diante desse obstáculo, a análise foi realizada tendo como critério as informações sobre a estrutura do processo terapêutico descrito nas metodologias de pesquisa em teoria cognitivo comportamental e obesidade infantil.

Em comparação com a clínica com adultos não há diferença no que tange os pressupostos teóricos e técnicas (STALLARD, 2004 apud LUIZ, 2010). Inicialmente parte-se dos pensamentos automáticos para se chegar às crenças centrais. Esse caminho é trilhado com auxílio da conceituação cognitiva, que consiste na formulação de hipóteses por parte do terapeuta sobre o nível mais profundo de cognições (BECK, 1997).

Essas elaborações são postas à mesa com o consultante, podendo ser corroboradas ou não. Dessa maneira, o processo de identificação, avaliação e alteração de pensamentos automáticos disfuncionais possibilitam tanto a redução sintomática quanto a localização de crenças existentes por detrás dessas cognições (BECK, 1997).

A particularidade no cuidado com crianças gira, principalmente, em torno de dois pontos cruciais: a) destaque da família e; b) necessidade de adaptação técnica para satisfatória adesão e condução do tratamento.

O imperativo familiar foi observado ao passo que nenhuma das referidas bibliografias pautou tratamento exclusivamente infantil, ou seja, sem a participação ativa dos cuidadores.

Progenitores são responsáveis pela aquisição de suprimentos, educação e controle de regularidade de exercícios físicos, sendo assim, indispensáveis na compreensão da formação, manutenção e transformação de hábitos. Nesse sentido, se existe uma família com estilo de vida não saudável, a chance de a criança aprendê-lo é considerável, ao passo que sua relação com a comida e padrões emocionais e de comportamentos serão confeccionados a partir desse meio (VAN DEN AKKER et al., 2007 apud PIMENTA et al, 2009; MARINHO, 2000; SILVARES, 2004; FISBERG, 2004 apud LUIZ, 2010).

Haja vista, dentro das propostas que merecem destaque estão as relativas à educação parental, sendo uma das mais relevantes a desenvolvida por Patterson, de Baryshe e Ramsy (1989):

Este programa foi organizado para ser aplicado com crianças de idades entre três a 12 anos que apresentavam problemas de comportamentos relacionados a desvios de conduta. Posteriormente, foi direcionado para o atendimento de famílias, cujos filhos eram adolescentes delinquentes e/ou com comportamentos anti-sociais (MARINHO, 2000 apud LUIZ, 2010,p. 34).

Esse tipo de intervenção possui resultados efetivos, mesmo quando aplicada individualmente (WILLIAMS, MATOS, 1984; MARINHO, 2000; STERN, 2003 apud LUIZ, 2010). Tendo em conta a proeminência dos pais no tratamento, já existem

dados que comprovam a possibilidade de emagrecimento em crianças obesas sem que as mesmas sejam submetidas diretamente à terapia (MUNSCH et al., 2008 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013).

Munsch et al (2008) compararam o processo de perda de peso em dois grupos submetidos ao tratamento cognitivo comportamental: o primeiro composto exclusivamente por mães e o segundo, elaborado de forma mista (mães e crianças). Os dados obtidos apontaram similaridade de resultados positivos nos dois tipos de intervenção no que concerne a redução do peso corporal das crianças. Isso permite inferir que, no caso da obesidade, procedimentos parentais podem trazer benefícios significativos para os filhos (MUNSCH et al., 2008 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013).

A respeito desse fator, a disposição da parentela à mudança é fundamental, pois por diversas vezes é essencial modificar a forma com que a família funciona a fim de conduzir à melhora no quadro dessa morbidade. Nesse sentido, foram criadas técnicas de treinamento em habilidades parentais, sendo:

práticas educativas relativas ao estabelecimento de limites, à comunicação, ao ensino de responsabilidades e à expressão de afeto, diálogo, expressão espontânea de sentimentos positivos e negativos em relação aos comportamentos, expressão de opiniões e solicitação adequada de mudança de comportamento, cumprimento de promessas feitas, coerência do casal quanto à educação dos filhos, o “saber dizer não” e manter a decisão, negociar quando há divergência de ideias, estabelecer regras e cumprimento das mesmas e pedir desculpas, admitindo os próprios erros e reconhecendo os limites de cada um (BOLSONI-SILVA, MARTURANO, 2002 apud LUIZ, 2010, p. 51).

Outro ponto indispensável para o tratamento infantil é a noção de que quanto menor a criança maior o predomínio das figuras parentais no caminhar do processo terapêutico. Isso se deve ao fato de indivíduos muito pequenos ainda não possuírem amplo desenvolvimento das capacidades cognitivas; fazendo com que, principalmente nesses casos, eles dependam da ajuda dos pais para execução/resolução das recomendações e/ou tarefas de casa propostas pelo psicólogo (LUIZ, 2010).

Esse auxílio se dá de diversas formas, como na estimulação de brincadeiras, programação de passeios ao ar livre, instauração de reforços e na resolução de

atividades de registro, dentre elas: monitoramento cognitivo (ex: registro de pensamento disfuncional - RPD), comportamental, emotivo (tipo de emoção e intensidade), alimentar (onde, quando e que tipo de alimento comeu) e de atividades físicas (RANGÉ et al., 1998 apud LUIZ, 2010; LUIZ, 2010).

Essas anotações têm como proposta a descrição das atividades diárias/semanais e podem ser usadas para auxiliar tanto na direção terapêutica quanto no tratamento em si. Seu objetivo consiste no mapeamento do maior número de contingências que contribuam para a resposta do ato de comer.

É fundamental entendermos como a criança pensa, se sente e se comporta diante das diferentes situações, pois assim conseguimos fazer as devidas intervenções de maneira mais acertada. À exemplo disso, quando se sabe que a criança come por conta de situações de estresse, podemos evitar/minimizar o contato da referida com esse tipo de estímulo (controle de estímulos) ou treinar suas habilidades sociais, ensinando-a a resolver conflitos e a lidar positivamente com as emoções (POSTON, FOREYT, 2000 apud LUIZ, 2010; BIELING, MCCABE, ANTONY, 2008; DEL PRETTE, Z., DEL PRETTE, A., 2005 apud LUIZ, 2010).

Uma vez que conseguimos mapear as situações problemáticas podemos reestruturar cognições, que nesse sentido, muitas vezes estão conectadas com a forma de lidarmos com o alimento. Desse modo, podemos modificar emoções vinculadas à elas, bem como as respectivas respostas comportamentais, estimulando assim a constituição de repertórios alternativos adaptáveis (LUZ, OLIVEIRA, 2013).

Essa reconstrução pode ser feita de diversas formas, como por exemplo, pelo treino em habilidades sociais (THS). Apesar de não existir uma denominação unívoca sobre essa ferramenta, alguns autores se referem à ela como:

Técnicas específicas para melhora de habilidades sociais ou de comportamentos relativos à comunicação, conversação, assertividade, entre outras, aumentando a probabilidade de obter reforço positivo, o que favorece um relacionamento saudável e produtivo com outras pessoas (BIELING, MCCABE, ANTONY, 2008; DEL PRETTE, Z., DEL PRETTE, A., 2005 apud LUIZ, 2010, p.51)

No estudo de Luiz (2010) sobre TCC e obesidade infantil, o THS aparece em conexão às respostas ligadas ao emagrecimento, como: desenvolvimento da capacidade de escolha e recusa de certos alimentos, realização de atividades físicas e do modo de participação em contextos sociais (LUIZ, 2010).

Ainda nesse prisma existem atuações que aprimoram habilidades sociais e favorecem a resolução de problemas, são elas as associadas à comunicação e a técnica *role play*. Ensinar a criança como comunicar-se auxilia tanto na diminuição quanto evitação de conflitos por promover diálogos mais efetivos. Essa estimulação possibilita com que a mesma expresse suas opiniões, vontades e/ou insatisfações de maneira tranquila e clara (YOUNG, 1990 apud BECK, 1997; STALLARD, 2004 apud LUIZ, 2010).

Já o *role play* concede à criança a chance de expandir sua perspectiva por meio da mudança de papéis; favorecendo a testagem de crenças, empatia e a criação de novas formas de existir no mundo (BECK, 1997). Diversos pesquisadores aplicam essa ferramenta, pois nela:

o paciente vivencia situações ansiogênicas ou de difícil resolução. Permite que novas habilidades sejam identificadas e soluções alternativas sejam destacadas. Deste modo, observar os outros moldando comportamentos adequados ou habilidades pode resultar no ensaio de um novo comportamento na imaginação, antes de ele ser praticado na vida real (STTALARD, 2004 apud LUIZ, 2010, p.50).

Além desses, também foram verificados meios alternativos de avaliação infantil: os questionários. Contudo, muitos deles abordam temáticas coadjuvantes à obesidade, exceto o CEBQ (questionário do comportamento alimentar em crianças), que subsidia quase que diretamente a elaboração de estratégias comportamentais para combate à obesidade. Esse instrumento tem como objetivo auxiliar na “*investigação do comportamento alimentar de crianças e adolescentes*” e no “*planejamento de estratégias comportamentais de intervenção na obesidade*” (VIANNA, SINDE, 2008 apud LUIZ, 2010, p. 44).

Os resultados do questionário são obtidos por meio da mensuração de oito variáveis da obesidade infantil – resposta a comida (FR), prazer em comer (EF),

resposta à saciedade (SR), ingestão lenta (SE), seletividade (FF), ingestão emocional (EOE), sub ingestão emocional (EUE) e desejo de beber (DD) - contidas dentro de uma amostra de 35 questões, apresentadas no formato de escala Lickert de 5 pontos (VIANNA, SINDE, 2008 apud LUIZ, 2010).

De acordo com os autores analisados, no que tange à frequência e duração de tratamento, tem-se majoritariamente que os mesmos funcionam de forma breve. Geralmente as sessões são realizadas uma vez por semana, por um período de, na média, 12 encontros, podendo variar para mais ou para menos, sendo conduzidos de forma mista, com participação tanto da criança quanto da família (ELIAS, 2013; BORGES, NEVES, 2014; LUIZ, 2010).

É corriqueira a presença de alguns pontos em comum na condução do tratamento em TCC, sendo eles a formulação e psicoeducação (STALLARD, 2004 apud LUIZ, 2010) além da utilização de recursos lúdicos e audiovisuais. A psicoeducação é extremamente recorrente e pode ser aplicada tanto em cuidadores como em crianças.

Essa técnica visa fornecer informações sobre o tratamento cognitivo comportamental, processo de terapia (estrutura, tempo, regularidade), diagnóstico (implicações e sintomas), educação física (benefícios da prática regular e malefícios do sedentarismo) e reeducação alimentar (conhecimentos nutricionais compartilhados principalmente com as mães). Estas são adquiridas de forma ativa e responsável, levando em consideração a idade, contexto e nível de maturação cognitiva.

Diversos aspectos são trabalhados na psicoeducação com os responsáveis, por exemplo: educação nutricional, diagnóstico/tratamento, empatia, desestigmatização da criança, criação de rotina e modos de se impor de limites. Essa técnica pode ser aplicada em qualquer idade; porém, em crianças, é comum que sejam realizadas modificações na maneira como as informações são passadas (abstração -> metáforas concretas) a fim de favorecer melhor compreensão.

Sendo assim, para a formulação de um plano terapêutico adequado é relevante considerar a idade do sujeito a ser compreendido, bem como o contexto e o nível de desenvolvimento cognitivo do mesmo e de seus familiares. Esse ponto é

importante uma vez que proporciona a escolha ótima de vocabulário, materiais (contextualizados e motivacionais) e adaptação de procedimentos.

Conforme abordado por Borges e Neves (2014) é necessário apropriar as técnicas cognitivas comportamentais para o público infantil, posto que não há registro de intervenções psicoterápicas específicas pra esse grupo. Em seu trabalho sobre TCC aplicada a crianças com obesidade e TCAP (Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica), as mesmas realizam essas adequações, o que torna seu estudo inovador (BORGES, NEVES, 2014).

O processo terapêutico foi dirigido de forma grupal à 6 crianças obesas, de ambos os sexos (2 meninos e 4 meninas), com faixa etária entre 10 a 12 anos, durante 9 sessões de 90 minutos cada. Foram utilizados diversos recursos que auxiliassem no processo da perda de peso e diminuição da compulsão, como: brincadeiras psicomotoras (promoção da prática de atividade física) e de pescaria de perguntas (Treino em Habilidades Sociais); fantoches para apresentação do desenho da pirâmide alimentar (incentivo à alimentação saudável); histórias como “Vivi e as vontades que vem do nada” (temática da compulsão alimentar e da fome: fome fisiológica x fome emocional); bonecas da fome (fisiológica x emocional); uso de estrelas douradas (reforço positivo externo pelas conquistas – todas as crianças ganhavam pelo menos 1); registro de pensamento disfuncional, de atividade física e alimentar (pintura da pirâmide); técnicas de relaxamento e entre outros (BORGES, NEVES, 2014).

Algumas das modificações supracitadas também trabalharam com treino em habilidades sociais, resolução de problemas, reestruturação cognitiva (mudança na forma de lidar com a comida, criação de hábitos saudáveis, combate à pensamentos distorcidos associados à diminuição da autoestima, etc.), controle de estímulos, etc. Esse tipo de abordagem se mostrou eficaz tanto no que tange à adesão quanto ao emagrecimento, pois houve diminuição do IMC e de medidas em todo o grupo (BORGES, NEVES, 2014).

A pesquisa de Luiz (2010) sobre intervenção TCC na obesidade infantil também apresentou componentes lúdicos, como: desenho da pirâmide alimentar (promoção de comidas saudáveis), boneco de pano e madeira (relaxamento), balões de pensamento (reestruturação cognitiva), dinâmica de “mímica” (jogo de imitação para

incentivo de atividades físicas), *role play* (trabalhar com a ansiedade), jogo da “batata quente” (treinamento em habilidades sociais), etc (LUIZ, 2010).

De forma geral existe unanimidade no que concerne às estratégias utilizadas em ambas as faixas etárias, sendo as de maior protagonismo as ligadas ao controle de estímulos (ABESO, 2012; BORGES, NEVES, 2014; LUIZ, 2010; LUZ, OLIVEIRA, 2013), treino de habilidades sociais (BORGES, NEVES, 2014; LUIZ, 2010), automonitoramento (ABESO, 2012; BORGES, NEVES, 2014; BRAET et al, 1997 apud REIS, 2010 apud ELIAS, 2013; STALLARD, 2004 apud LUIZ, 2010), resolução de problemas (ABESO, 2012; ABREU apud VASQUEZ et al., 2004 apud ELIAS, 2013; BORGES, NEVES 2014; LIMA, WIELENSKA, 1993 apud RONDINA, 2006 apud ELIAS,2013; LEAHY, 2006 apud NEUFELD, MOREIRA, XAVIER, 2012; LUIZ, 2010), reestruturação cognitiva (ABESO, 2012; ABREU apud VASQUEZ et al., 2004 apud ELIAS, 2013; BECK et al., 1997 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013; BORGES, NEVES, 2014; LUIZ, 2010; NEUFELD, MOREIRA, XAVIER, 2012), manejo de emoções (BORGES, NEVES, 2014; LUIZ, 2010; NEUFELD, MOREIRA, XAVIER, 2012), motivação (ABESO, 2012), formulação (BORGES, NEVES, 2014; LUIZ, 2010; NEUFELD, MOREIRA, XAVIER, 2012), psicoeducação (BORGES, NEVES, 2014; LUIZ, 2010; NEUFELD, MOREIRA, XAVIER, 2012), relaxamento (BORGES, NEVES, 2014; LUIZ, 2010; NEUFELD, MOREIRA, XAVIER, 2012) e prevenção de recaídas (ABESO, 2012; NEUFELD, MOREIRA, XAVIER, 2012) todas associadas à promoção de mudanças no estilo de vida em prol da saúde.

Fisberg (2004) destaca a importância da aplicação de estratégias comportamentais em crianças, tanto no que concerne a prevenção quanto tratamento (FISBERG, 2004 apud LUIZ, 2010). Essa ideia embasa a questão da modelagem dos comportamentos infantis, que em crianças é efetuado usualmente por meio de reforçadores externos, em contraste ao autoreforço (comum em adultos). Nesse caso, são utilizados reforçadores extrínsecos, como sistemas de pontos e premiações, que podem ser, por exemplo, estrelinhas, passeios e momentos em família.

Uma das funções e razões para a eficácia da TCC consiste em ensinar o indivíduo a se autodeterminar, transformando ele mesmo seu próprio terapeuta (BECK, 1997). No público infantil isso é dificultado por conta da dificuldade deste

sujeito em internalizar e compreender plenamente os contextos e condições em que está inserido. Porém ainda assim é possível passar conhecimentos sobre estratégias comportamentais, como: exposição e prevenção de respostas. Elas servem para que os mesmos possam lidar positivamente com os percalços da vida, construindo autogestão de prevenção à recaída, que deve ser entendida como parte do processo e da vida, e não como fracasso (POSTON; FOREYT, 2000 apud LUIZ, 2010). No quadro de peso exacerbado, a recaída é normal e, por isso, é importante que seja desmistificada. É importante compreendê-la como parte do processo de mudança de hábitos físicos e alimentares.

Apesar de a literatura evidenciar o sucesso das terapias cognitivas comportamentais breves no emagrecimento, a manutenção do peso perdido à longo prazo, ainda não é consensual (PIMENTA et al., 2009). Apesar de existirem inúmeros resultados favoráveis à técnica, além de protocolos específicos, não há acompanhamento dos mesmos em grandes espaços de tempo.

Os protocolos para obesidade prometem redução significativa do peso corporal inicial, salvaguardando variações entre pessoas. O de White e Freeman (2003) programa redução de 10%, além da melhora de aspectos físicos e psicológicos, enquanto o de Cooper e colaboradores (2009) propõe emagrecimento de 10 a 15%, com diminuição média semanal de 0,5kg a 1kg. (WHITE, FREEMAN, 2003; COOPER, FAIRNBURN, HAWKER, 2009 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013).

Autores como Judith Beck (2011) e Gohner e colaboradores (2012) afirmam que os resultados obtidos pelo tratamento cognitivo comportamental se mantêm por longos períodos; enquanto Zafra e colaboradores (2010) demonstram recuperação do peso perdido em 3 anos pós-terapia. Essa limitação demonstra a necessidade de se investir massivamente em prevenção (BECK, 2009; GOHNER, SCHLATTER, SEELIG, 2012 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013; ZAFRA et al; 2010 apud LUZ, OLIVEIRA, 2013).

A fim de frear esse processo de aquisição de peso, variações estratégicas estão sendo empregadas. Conforme Perri e colaboradores (1989), quanto maior o tempo de tratamento mais significativo o percentual de perda de peso: a *“terapia comportamental standard de 40 semanas tem maior impacto sobre a perda de peso, seis anos mais tarde, quando comparado ao de 20 semanas”*. Além disso, os

estudiosos também apontam que a intervenção é mais efetiva *“quando há manutenção do contato com o terapeuta em longo prazo, o que reforça a ideia de que o emagrecimento é facilitado pela ligação paciente-terapeuta”* (PERRI et al., 1989 apud BRITO et al., 2005 apud ELIAS, 2013, p.33, 34).

Ades e Kerbauy (2002) também chegaram a conclusões parecidas com as de Perri et al., (1989) no que tange a esses pontos. Sobre a manutenção do vínculo entre psicólogo e consultante, elas relataram que o desafio em manter essa situação está no fato de ser difícil fazer com que os indivíduos permaneçam indo às sessões. Como alternativa as mesmas propuseram o aumento gradativo de espaçamento entre os encontros, partindo do semanal para quinzenal e posteriormente, para o mensal (ADES, KERBAUY, 2002).

Apesar da TCC ser considerada “padrão ouro” no enfrentamento ao Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), Castelnuovo et al (2011) afirmaram que ainda há muito a ser melhorado no que concerne a manutenção de resultados em longo período de tempo. Para os pesquisadores recursos como “contatos com o paciente via telefone após o término das sessões presenciais” podem ser utilizados (CASTELNUOVO et al., 2011 apud OLIVEIRA, LUZ, 2013 p.167).

Outra ferramenta que tem se destacado por conta dos seus efeitos positivos no emagrecimento é a aplicação da teoria cognitiva comportamental em grupos (TCCG). Segundo Duchesne et al (2007):

Estudos indicam que intervenções em TCCG proporcionam uma melhora significativa com relação às dificuldades interpessoais, bem como ao grau de adaptação social, à autoestima e aos níveis de ansiedade e depressão, além de uma melhora na qualidade de vida e do sentimento de bem-estar subjetivo (DUCHESNE et al, 2007 apud NEUFELD, MOREIRA, XAVIER, 2012, p. 99).

Ainda nesse contexto, existem experimentos comparativos que revelam a vantagem de intervenções de TCCG por reforço de pares sobre TCCG em grupos de exercício físico. Ainda que ambas tenham levado ao emagrecimento, a primeira manteve significativamente o peso perdido (35% contra 12%) ao longo de 10 meses

pós-intervenção (JELALIAN et al., 2006 apud PIMENTA et al., 2009 apud ELIAS, 2013).

A despeito das informações dispostas na análise, obtemos que independente dos resultados favoráveis da TCC para o enfrentamento da obesidade, esse tipo de intervenção ainda deixa a desejar, principalmente no que tange a adequação das ferramentas para a população infantil.

É pulsante a necessidade de incremento/desenvolvimento de pesquisas que avaliem a efetividade da teoria cognitiva comportamental em longo prazo e possibilitem estratégias para superação dos obstáculos presentes. Além disso, é essencial a criação e adaptação de técnicas pré-existentes que atuem tanto na melhoria da qualidade de vida quanto na adesão de crianças aos serviços de tratamento à obesidade. Por fim, se faz imperativo o investimento de recursos não só no tratamento, mas principalmente na prevenção dessa patologia dada complexidade desse fenômeno.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade tem se constituído como um fenômeno de alcance epidêmico uma vez que sua prevalência tem crescido exponencialmente em diferentes populações ao longo das últimas décadas. Por se tratar de uma patologia complexa e multifatorial seu tratamento é majoritariamente conduzido de maneira multidisciplinar com diferentes profissionais da saúde, como: nutricionistas, médicos, educadores físicos e psicólogos. Importante ressaltar o caráter social e normativo da obesidade, como fenômeno que coloca o corpo como objeto de disputa pelas disciplinas e narrativas.

A teoria Cognitiva Comportamental aparece como ferramenta importante no auxílio a perda de peso, posto que possibilita a adesão a planos dietéticos e de exercício, além de atuar sobre aspectos psicológicos por meio do pensamento (reestruturando-o de forma mais adaptável), emoções e comportamentos; promovendo melhoria na qualidade de vida do sujeito.

Essa vertente é tem sido das mais presentes no enfrentamento à obesidade, não só pelos benefícios supracitados, mas por ter sua eficácia comprovada no processo de emagrecimento. Com base nos dados pesquisados é praticamente unânime a afirmação de que a TCC apresenta resultados positivos significativos nessa população. Apesar da concordância massiva, diversos autores colocam questões pertinentes sobre a durabilidade da manutenção do peso perdido, expondo que não há pesquisas suficientes para averiguar a eficácia em longo prazo.

Estudos na área revelam que o agravamento desse quadro é diretamente proporcional ao avanço da idade, por isso é de suma relevância que as intervenções possibilitem ao sujeito a manutenção dos hábitos saudáveis e a redução contínua do percentual de gordura corporal.

Diante disso, a faixa etária se apresenta como ponto crucial, uma vez que o processo psicoterápico tende a ser mais eficiente em crianças do que em adultos. Sendo assim, é necessário centrar foco não só em pesquisas que facilitem a atuação nesses grupos e nos pais (peça chave no contexto infantil), mas na prevenção (fiscalização e implementação de políticas públicas) e manutenção/aprimoramento dos programas de cuidado à obesidades já criados.

Atualmente, já existem medidas governamentais que corroboram com o combate da obesidade, com destaque a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999), que estabelece diretrizes para prevenção e enfrentamento da obesidade no SUS e a lei 11.265/06, que regulamenta a publicidade infantil. Entretanto, elas são em grande parte de baixo alcance e/ou ineficientes, pois acabam sendo freadas pelo interesse do mercado (PNAN, 1999; BRASIL, 2006a).

É preciso promover a educação em obesidade a fim de incentivar a aquisição de hábitos saudáveis de forma massiva e homogênea. Em adição a isso, deve-se fomentar a rede de apoio dentro do campo da saúde básica; as pesquisas (epidemiológicas, de prevenção e tratamento); a fiscalização de políticas públicas e as ofertas de subsídios que favoreçam o consumo de alimentos saudáveis, tanto para pequenos produtores quanto para restaurantes e supermercados.

Essa medida é primordial para que os empresários e consumidores se sintam convidados e atraídos (nem que seja, a primeira vista, pelo benefício financeiro) a alimentar-se com suprimentos de alto valor nutricional. Outras estratégias são explanadas por Gill (1997), como:

alterações na estrutura urbana, como construção de calçadas seguras e de cicloviárias; melhora nos *designs* das construções a fim de facilitar o uso de escadas; legislação e regulação dos rótulos dos produtos alimentícios; subsídios para produtores de alimentos com pouca densidade calórica (em especial, frutas e vegetais); incentivos fiscais para empresas que incentivem a prática de atividades físicas dos empregados; consultoria nutricional para refeições escolares e empresariais, entre outras. (GILL, 1997 apud FRANCISCHI et al., 2000, p. 18)

Finalmente, essa revisão pretende disparar a discussão sobre o caráter multifacetado desse fenômeno que tem sido cada vez mais frequente, possibilitando assim o ato de pensar sobre a necessidade latente de elaboração de técnicas psicológicas e de políticas públicas em saúde que auxiliem na redução de peso e na promoção de autonomia e saúde para essa população, não visando esgotar o tema.

REFERÊNCIAS

1. ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: Realidades e Indagações. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002.
2. AFONSO, C. T.; CUNHA, C.F.; OLIVEIRA, T. R. P. R. Tratamento da obesidade na infância e adolescência: uma revisão da literatura. 2008.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
4. ASSOCIAÇÃO Brasileira para Estudos da Obesidade. *Estratégias Comportamentais no Tratamento do Obeso com Compulsão Alimentar*. 2012. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/revista57/alimentacao.pdf> . Acesso em: 19 abr. 2018. ABESO, REVISTA 57
5. BAHLS, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). *Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos*. *Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia, Curitiba*, (04).
6. BECK, J. S. *Pense Magro: a dieta definitiva de Beck*. Porto Alegre. Artmed.2009.
7. BECK, J. S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 1997.
8. BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. *Psicologias: Uma introdução ao estudo de Psicologia*. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
9. BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. et al. *Clínica analítico – comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
10. BRASIL. Lei n ° 11.265, de 3 de janeiro de 2006. *Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também ade produtos de puericultura correlatos*. *Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil, Brasília,DF*, 4 jan. 2006a. p. 1

11. DE MELO BORGES, J.; NEVES, S. M. M. Modelo cognitivo-comportamental para tratamento de crianças obesas com compulsão alimentar periódica. *Fragmentos de Cultura*, v. 24, p. 73-83, 2014.
12. CAMPOS, S. et al.; Num relance de olhar ... a estigmatização das pessoas gordas: do passado aos dias atuais. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (Impresso)*, v. 14, p. 90-96. 2015.
13. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2
14. COLLOCA, E. A.; DUARTE, A. C. G. O. Obesidade infantil: etiologia e encaminhamentos, uma busca na literatura. II Seminário de Estudos em Educação Física Escolar, 2008.
15. Damiani, D., Carvalho, D. P., & Oliveira, R. G. (2002). Obesidade – fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, 38(3), 57-80
http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1850&fase=imprime
16. DARWIN, C. A origem das espécies. 1859. Tradução da 6ª edição original e última revista por Darwin. Planeta vivo, Portugal, 2009.
17. DIAS, P. Camacho et al . Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 7, e00006016, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Abr. 2018. Epub Jul. 27, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>.
18. DOBROW, I. J; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M. J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 24, supl. 3, p. 63-67, Dez. 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700014>.

19. DUCHESNE, Mônica. O consenso latino-americano em obesidade. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 19-24, dez. 2001. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452001000200003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 18 abr. 2018.
20. ELIAS, E. Obesidade no tratamento com terapia cognitiva comportamental: uma revisão bibliográfica. 2013.
21. FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, 2000.
22. FELDMANN LRA, Mattos AP, Halpern R, Rech RR, Bone CC; Araújo MB. Implicações psicossociais da obesidade infantil e em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade serrana do sul do Brasil. *Rev Bras Obes Nutr Emagrecimento*. 2009;3:255-33.
23. HERNANDES, F.; VALENTINI, M. P. Obesidade: causas e consequências em crianças e adolescentes. *Conexões*, v. 8, n. 3, 2010.
24. LEAO, L. S.C. de Souza et al. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 151-157, Abr. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000200007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 18 Abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302003000200007>.
25. LUIZ, A. (2010). Efeitos de um programa de intervenção cognitivo-comportamental em grupo para crianças obesas. Ribeirão Preto, Doutorado da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
26. LUZ, F. Q.; OLIVEIRA, M. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. *Aletheia*, n. 40, p. 159-173, 2013.
27. MELO, M. E. (2011). Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica-ABESO. Disponível em <http://www.abeso.org.br/pdf/Artigo>.
28. MARIZ, L. Soares et al. Causas de obesidade infantojuvenil: reflexões segundo a teoria de Hannah Arendt. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 891-897, Set. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300891&lng=en&nrm=iso>. acesso

- em 22 Maio 2018. Epub Ago 04, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500266001>
29. Ministério da Saúde. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. Diário Oficial da União 1999; 11 jun.
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
31. NENFELD, C. B., BRUST, P. G., & STEIN, L. M. (2011). Bases epistemológicas da psicologia cognitiva experimental. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 27(1), 103-112.
32. NEUFELD, C. B.; MOREIRA, C. A. M.; XAVIER, G. S. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: o relato de uma experiência. *Psico*, v. 43, n. 1, p. 8, 2012.
33. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
34. OLIVEIRA, C. L. de; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo , v. 47, n. 2, p. 107-108, Abr. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000200001&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19 Abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302003000200001>.
35. PIMENTA, Filipa et al . O peso da mente - Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Aná. Psicológica*, Lisboa , v. 27, n. 2, p. 175-187, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312009000200005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 13 jun. 2018.
36. M, C. M. R., & de Moraes Bicalho, R. N. (2008). Obesidade infantil-aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas conseqüências. *Universitas: Ciências da Saúde*, 2(1), 23-37.

37. SILVA, C. P.; BITTAR, C. ML. Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil. **Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 1, 2012.
38. VASCONCELLOS, S. J. L.; VASCONCELLOS, C. T. D. V. Uma análise das duas revoluções cognitivas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 385-391, Ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200020&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19 Abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000200020>.
39. VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, v. 20, n. 4, p. 611-624, 2002.
40. World Health Organization. Report of a WHO Consultation on Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO, Geneve, 1998.
41. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/201810/04/2018> acesso em 10/04/2018
42. WRIGHT, J.H.; BASCO M. R.; THASE M. E. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre, 2008. 14-31.
43. ZILIO, D.; CARRARA, K.; Mentalismo e explicação do comportamento: aspectos da crítica behaviorista radical à ciência cognitiva. Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento [Internet]. 2008;16(3):399-417. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274520180007>

¹ http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_height/en/

² http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/

³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>