

Cirurgia bariátrica e comportamentos disfuncionais na visão TCC+: Uma revisão

Bariatric surgery and dysfunctional behaviors in CBT+ vision: A review

⁽¹⁾Tamara Gouvêa Gomes Machado, tamaramaxado@gmail.com

⁽¹⁾ Centro Universitário de Itajubá – FEPI, Av. Dr. Antônio Braga Filho, nº 687, Porto Velho, Itajubá – Minas Gerais.

Recebido: 18 de fevereiro de 2019; Revisado: 12 de abril de 2019

Resumo

O trabalho em questão pretende dissertar acerca dos pacientes obesos que se submeterem à cirurgia bariátrica e que, em sua maioria, apresentam determinados graus de depressão e, portanto, buscam satisfazer ou compensar tal sentimento por meio de uma alimentação compulsiva. O trabalho de intervenção será embasado na linha de Terapia Cognitiva Comportamental associada à Psicologia Positiva para o controle e evolução sintomática destes pacientes frente a crise compulsiva. Esta intervenção será focada no modelo de distorção de processamentos cognitivos trabalhando a reestruturação deste esquema disfuncional. Uma vez que o paciente com crise de compulsão alimentar apresenta o modelo cognitivo da depressão, pode se atuar com mais ênfase na modulação das emoções depressivas como forma de controle do distúrbio compulsivo. Do mesmo modo, modificar o que está errado ou o que está ruim consiste em apenas parte do trabalho de psicoterapia, sendo preciso reconstruir e fortalecer aspectos funcionais (o que está bem). A orientação positiva da terapia reconhece que os traços positivos e os comportamentos adaptativos servem como fatores protetores contra estressores e dificuldades futuras.

Palavras-chaves: Obesidade, Depressão, Terapia Cognitivo Comportamental

Abstract

The paper in question intends to lecture about obese patients who undergo bariatric surgery and who, for the most part, have certain degrees of depression and therefore seek to satisfy or compensate for this feeling through a compulsive diet. The intervention work will be based on the line of Cognitive Behavioral Therapy associated with Positive Psychology for the control and symptomatic evolution of these patients in the face of the compulsive crisis. This intervention will focus on the distortion model of cognitive processing working on the restructuring of this dysfunctional scheme. Since the patient with binge eating crisis presents the cognitive model of depression, more emphasis can be placed on the modulation of depressive emotions as a form of control of the compulsive disorder. Likewise, changing what is wrong or bad is only part of the work of psychotherapy, and it is necessary to reconstruct and strengthen functional aspects (which is right). The positive orientation of therapy recognizes that positive traits and adaptive behaviors serve as protective factors against stressors and future difficulties.

Keywords: Obesity, Depression, Cognitive Behavioral Therapy

Introdução

A atual sociedade capitalista insere os indivíduos num ambiente de grande competitividade e necessidade de perfeição. Tal cenário, por vezes, pode levar as pessoas a se sentirem menos capazes, com baixa autoestima e infelizes como quando, por exemplo, não atingem determinados objetivos e metas preestabelecidas. A depressão é considerada um problema de saúde pública e quando associada à obesidade, é de difícil diagnóstico e tratamento. Conforme Onyike *et al.*, (2003), em sua maioria os pacientes obesos apresentam determinados graus de depressão e, portanto, buscam satisfazer-se ou compensarem tal sentimento por meio de uma alimentação compulsiva.

A crescente substituição dos alimentos *in natura*, ricos em fibras, vitaminas e minerais, por produtos industrializados, associada a um estilo de vida sedentário, favorecido por mudanças na estrutura de trabalho e avanços tecnológicos, compõem um dos principais fatores etiológicos da obesidade (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Quando a obesidade se torna um fator de risco de morte a cirurgia bariátrica tem sido apontada como o único tratamento para alcançar perda de

peso adequada e durável (NOVAIS, et al., 2010). Entretanto, se os pacientes que se submetem a tal procedimento cirúrgico não forem acompanhados pela equipe multidisciplinar, a fim de promover a adoção e a promoção de estilo de vida saudável e principalmente, favorecer a manutenção do peso pós-cirurgia e, principalmente no que se refere a um acompanhamento psicológico o reganho de peso será inevitável, bem como o desenvolvimento de quadros psiquiátricos graves e crônicos, como depressão, alcoolismo, comportamentos impulsivos e transtornos alimentares.

A cirurgia não cura os sintomas psíquicos da obesidade, tampouco a questão estética. Desse modo, um ponto que tem merecido atenção especial na área psicológica diz respeito ao ganho de peso, após a cirurgia bariátrica, já que se tem observado que, num espaço de tempo de cinco a nove anos após a cirurgia, os indivíduos tendem a apresentar um retorno ao patamar de obesidade, até mesmo de Grau III (GLEISER; CANDEMIL, 2006; SILVA, 2005).

Comentam Silva e Costa (2003) que após o terceiro mês da cirurgia há um confronto do paciente com relação à perda de peso, pois, com o

emagrecimento, ele constata que os seus problemas continuam existindo. Nesse momento é comum aparecer depressão, além do que, o foco do problema (que antes se configurava na obesidade) pode ser direcionado para outro objeto do qual não se tinha consciência. O paciente passa a entrar em contato com questionamentos e enfrentamentos de sua nova realidade, que antes não eram visualizados em virtude do excesso de peso que mascarava os conflitos, sonhos e ideais.

Desse modo, comenta Bond (2004) que é de suma importância o acompanhamento da equipe multidisciplinar a fim de promover a adoção e a promoção de estilo de vida saudável e principalmente, favorecer a manutenção do peso visto que em longo prazo, a recuperação do peso acontece possivelmente devido aos processos de adaptações fisiológicas no trato gastrointestinal.

Essa recuperação do peso após a cirurgia comprova o conceito de que a obesidade é uma doença crônica, progressiva, que não tem cura e necessita de tratamento específico e acompanhamento contínuo (BELELI ET AL., 2011; NOVAIS ET AL., 2010; PEDROSA ET AL., 2009).

Material e métodos

O presente artigo pode ser classificado como uma revisão de levantamento bibliográfico com objetivo exploratório, de abordagem qualitativa, que rodeiam o tema. Assim, foi realizada uma pesquisa interdisciplinar, notadamente no âmbito da psicologia cognitivo comportamental e da psicologia positiva frente a problemática acerca dos pacientes que se submeterem à cirurgia bariátrica.

Terapia Cognitiva Comportamental

A Terapia Cognitiva Comportamental é estruturada, a curto prazo e orientada pela psicoterapia voltada para a solução de problemas atuais e modificação de pensamento e comportamento disfuncional. Conforme Margraf (2009), o terapeuta tenta ajudar o paciente na escolha de estratégias específicas para resolver os problemas. Na terapia cognitivo-comportamental, a formulação de metas ajuda a estabelecer alvos específicos e mensuráveis para a mudança, além de direcionar a intervenção e motivar o cliente.

Beck e Alford (2000) esclarecem que o principal objetivo da teoria cognitivo- comportamental é:

descrever a natureza de conceitos, resultados de processos cognitivos, envolvidos

em determinada psicopatologia de maneira que quando ativados dentro de contextos específicos podem caracterizar-se como mal adaptativos ou disfuncionais, ou seja, a terapia cognitivo deve fornecer estratégias capazes de corrigir estes conceitos idiossincrásicos (BECK; ALFORD, 2000,p.55).

Beck & Alford (2000, p.57) definem o termo cognição como sendo a “função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e o controle de eventos futuros”, um processo de identificação e previsão das relações complexas que se evidenciam entre ações visando à facilitação da adaptação do indivíduo em ambientes propícios a mudanças.

A Psicologia Positiva

Seligman & Csikszentmihalyi (2000) definem a Psicologia Positiva como o estudo científico do funcionamento humano positivo, tendo por base as mudanças no desenvolvimento comportamental em vários níveis, que incluem o biológico, pessoal, relacional, institucional, cultural e as dimensões globais da vida. Na visão de Keyes (2002), a Psicologia Positiva aborda o que eles consideram bases essenciais para o funcionamento da saúde mental, início (florescendo), desenvolvimento (luta), discussão (debate) e o fim (encerramento). A saúde

mental completa é uma combinação de elevado bem-estar emocional, elevado bem-estar psicológico, elevado bem-estar social junto ao baixo nível de doença mental.

Em seus estudos, Russell e Barrett (2009) afirmam que as reações emocionais são o núcleo afetado pelas reações emocionais primitivas e que muitas vezes não são reconhecidas. A vida dos indivíduos é formada por momentos agradáveis e desagradáveis e, deste modo, sentem-se ativados e desativados, dimensões que levam a um nível de ação quase inconsciente. Explicam os autores que a Psicologia Positiva, área da psicologia que estuda os fundamentos psicológicos do bem-estar com a finalidade de promover a felicidade.

Os autores explicam que a Psicologia Positiva tem como foco três questões: as emoções positivas, os traços individuais positivos e as instituições positivas. As emoções positivas estão preocupadas com o contentar-se com o próprio passado, ser feliz no presente e ter esperança para o futuro. Os traços individuais positivos se concentram em si mesmo, pontos fortes e virtudes. Finalmente, as instituições positivas baseiam-se nos pontos fortes para melhorar uma comunidade de pessoas.

Peterson & Seligman (2004) explicam ainda que a Psicologia da saúde e outras ciências da saúde, aos poucos, tem mudado o foco do processo saúde/doença para o bem-estar e medidas preventivas em vez de se focar na doença quando ela já está presente e remediar como a medicina tradicional.

Entender como os indivíduos se comportam de uma maneira determinada e traçam um futuro de diferentes maneiras tendo por base sua própria identidade é o primeiro passo para traçarem-se estratégias de uso da Psicologia Positiva. Nesse sentido, a Terapia Cognitivo – Comportamental permite a aplicação do conhecimento a respeito das leis gerais do comportamento no desenvolvimento de uma prática clínica em prol da melhora do paciente.

Resultados e discussão

A psicologia positiva combinada com a terapia cognitiva comportamental no controle da compulsão alimentar

Seligman & Csikszentmihalyi (2000) relatam que se pode aplicar a Psicologia Positiva em diversas áreas, entre elas, Psicologia Organizacional, aconselhamento, Psicologia Clínica, negócios, saúde, educação e treinamento e educação. Para estes

autores o principal objetivo da Psicologia Positiva com uso da Terapia Cognitivo Comportamental é ajudar as pessoas a mudar estilos de pensamento negativo, para mudar a forma como eles se sentem. Esta abordagem tem sido muito bem-sucedida. Ao mudar a forma como se pensa, o futuro do indivíduo muda, pois ele é parcialmente responsável por este sucesso.

Os pensamentos que impactam os estados emocionais variam consideravelmente de pessoa para pessoa e a mudança de orientação do indivíduo pode afetar drasticamente a forma como ele pensa a felicidade.

Os distúrbios alimentares: A compulsão alimentar

A maioria das pessoas que tentam manter uma dieta saudável falham quando se encontram em ambientes com ampla disponibilidade de alimentos calóricos e atraentes porque acabam colocando o objetivo de ter prazer através da alimentação antes do objetivo de manter um peso saudável (STROEBE et al., 2013).

Bozi (2003) relata que a Disfunção Alimentar também conhecida como Transtorno Alimentar – TA, refere-se a qualquer padrão de comportamentos alimentares que podem causar um grave

prejuízo à saúde de um indivíduo. Os transtornos alimentares são considerados como patologias e descritos detalhadamente pelo CID X, DSM V e pela Organização Mundial da Saúde - OMS. Para estes autores aproximadamente 90% dos casos de transtornos alimentares acometem mulheres jovens, embora ocorra também em homens. Estima-se que o transtorno alimentar acomete de 1 e 7% da população e seguem aumentando de frequência significativamente nos últimos anos.

Appolinario e Claudino (2009) esclarecem que por causa das idiosincrasias da adolescência, mais de 40% dos adolescentes estão propensos a sofrerem de disfunções alimentares, quase sempre associadas a algum quadro de disfunção emocional, na dinâmica da família, da escola, do trabalho e outras áreas importantes da vida social.

Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, de 2009, evidenciaram que, além do excesso de peso, outro problema tem assumido importância na população brasileira: os transtornos alimentares. Não há prevalências nacionais destes distúrbios alimentares, porque a subnotificação é comum (as pessoas

não acreditam ou querem esconder a doença) nesses casos.

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a frequência dos episódios do comer compulsivo dá a base para o nível de gravidade da compulsão alimentar. Se houver de 01 a 03 episódios de compulsão alimentar por semana, considera-se como grau leve. De 04 a 07 episódios caracteriza-se como compulsão alimentar moderada. Já de 08 a 13, pode se considerar compulsão alimentar grave. Por fim, acima de 14 episódios por semana, compulsão alimentar extrema.

Um comedor compulsivo abrange no mínimo dois elementos: o subjetivo (a sensação de perda de controle) e o objetivo (a quantidade do consumo alimentar). No Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) a duração também é dúbia, pois diferentemente do que acontece na bulimia nervosa, onde a compulsão finaliza no comportamento purgativo, no TCAP não tem um evento que determine o fim logicamente, com isso designou-se um período de duas horas, uma solução insatisfatória (AZEVEDO, SANTOS & FONSECA, 2004).

A maioria dos portadores de TCAP possuem histórico de várias tentativas e fracassos com relação à dieta e

manutenção de peso, chegando a sentirem-se desesperados frente a sua dificuldade no controle da ingestão de alimentos (FINGER & OLIVEIRA, 2016; AZEVEDO, SANTOS & FONSECA, 2004).

Segundo Oliveira & Fonseca (2006), a compulsão alimentar acarreta algumas doenças associadas. As principais, segundo os profissionais de saúde, são a hipertensão e o diabetes, seguida pela depressão e, em menor escala, cardiopatias, bulimia e o transtorno obsessivo-compulsivo.

Desta forma, ao nos referirmos a distorções de crenças, criamos a premissa que a TCC é uma abordagem apropriada para este tipo de problema, sendo utilizada para o ajuste de peso e mudança de hábitos inadequados.

A terapia cognitivo comportamental positiva (TCC+) no tratamento da compulsão alimentar

As dificuldades com alimentação e manutenção do peso adequado estão relacionadas a distorções cognitivas e ciclos de comportamentos disfuncionais (CARR, 1974). Neste tipo de tratamento é necessário considerar que as questões relativas ao controle do peso corporal requerem uma abordagem abrangente, e que as dificuldades com a alimentação

permeiam o indivíduo, sua casa e o seu ambiente social (WILFLEY, KOLKO & KASS, 2011). Comportamentos alimentares desordenados presentes em pessoas com obesidade tem um impacto psicológico negativo geralmente relacionado à depressão e ansiedade. A TCC tem sido indicada no tratamento da obesidade em pessoas com e sem transtornos mentais. No tratamento psicoterapêutico desta população deve-se ter como objetivo alterar atitudes inadequadas em relação à alimentação, forma corporal, peso, assim como, comportamentos e pensamentos sobre métodos efetivos de controle e manutenção do peso (TAYLOR, STONEHOCKER, STEELE & SHARMA, 2012; DARBY, HAY, MOND, RODGERS & OWEN, 2007). Obesos com transtorno depressivo maior podem perder peso, diminuir os fatores de risco para doença cardiovascular e melhorar dos sintomas depressivos com um programa de tratamento combinado (TCC com foco na depressão e técnicas comportamentais para controle do peso) (FAULCONBRIDGE, WADDEN, BERKOWITZ, PULCINI & TREADWELL, 2011). Quando se fala de tratamento dos transtornos alimentares a Terapia Cognitivo Comportamental sugere estratégias que tenham como objetivo diminuir a

restrição alimentar, a compulsão alimentar e os episódios bulímicos (quando existentes), aumentar/inserir atividades físicas, diminuir o distúrbio da imagem corporal, modificar o sistema de crenças disfuncionais com relação à aparência, peso e alimentação, além do aumento da autoestima (OLIVEIRA & DEIRO, 2013 apud DUCHESNE & ALMEIDA, 2002). A base da manutenção dos transtornos alimentares é representada por crenças irracionais que mantêm e reforçam os padrões disfuncionais. Nesse sentido, o próximo passo do tratamento é voltar o olhar para a reestruturação cognitiva, procurando modificar tais crenças, buscando respostas alternativas para solucionar os problemas. Para finalizar é necessário focar no plano de prevenção de recaídas, visando manter as conquistas realizadas até então (OLIVEIRA & DEIRO, 2013). A TCC proporciona o reconhecimento de pensamentos sabotadores e ensina o cliente a responder a eles de forma funcional, levando a pessoa a se sentir melhor e a agir de maneira mais adaptativa em seu ambiente. Favorece a mudança de hábitos alimentares, aquisição de hábitos saudáveis (como a incorporação de exercícios físicos à rotina), além de diminuir a frequência dos episódios de comer compulsivo, promover regulação afetiva, melhorar o

funcionamento social e diminuir a preocupação do indivíduo com o corpo e forma física (LIMA & OLIVEIRA, 2016 apud DELUCHI et al., 2013). Cooper *et al.* (2009) desenvolveram um protocolo de TCC para o tratamento da obesidade no qual os participantes podem esperar uma perda de peso de 10% a 15% do seu peso inicial, acontecendo numa intensidade de 0,5 Kg a 1 Kg por semana, embora existam variações consideráveis de pessoa para pessoa. A intervenção cognitivo-comportamental breve em grupo (em apenas quatro sessões) apresenta resultados de diminuição de comportamentos e crenças relacionadas à compulsão alimentar e é indicada como uma intervenção eficaz para obesos candidatos a cirurgia bariátrica. Assim, a TCC pode ser também um método de preparação dos pacientes para este tipo de cirurgia e pode melhorar os resultados deste procedimento (ASTON, DRERUP, WINDOVER & HEINBERG, 2009). Cassin *et al.*, (2012) pesquisou sobre a TCC no tratamento de obesos submetidos à cirurgia bariátrica em relação a sua viabilidade, aceitabilidade e efetividade. Nesta pesquisa, os participantes foram atendidos em seis sessões individuais de TCC, sendo avaliados as patologias alimentares e o funcionamento psicossocial após a

intervenção. A maioria dos participantes do estudo referiu melhora na gravidade da compulsão alimentar, na alimentação emocional e na depressão, e, todos os participantes referiram *feedback* positivo em relação a intervenção. Seligman (2002) afirma que o tratamento psicológico e as pesquisas não devem pretender apenas consertar o que há de errado, descobrir o que está quebrado ou o que não funciona adequadamente, mas fomentar e nutrir aquilo que existe de melhor nas pessoas. Para o autor a Psicologia é muito mais do que uma simples filial da Medicina, preocupada com a doença, envolvendo o trabalho com a educação, o afeto positivo, a superação e crescimento. A Terapia Positiva constitui uma proposta de prevenção secundária, e aparece como outra contribuição da Psicologia Positiva. Essa modalidade de intervenção terapêutica tem como objetivo fortalecer aspectos saudáveis e positivos do cliente, (re) construir virtudes e forças pessoais, bem como auxiliar o mesmo a encontrar recursos inexplorados para fazer mudanças positivas em sua vida (PALUDO e KOLLER, 2007). Fortuna e Portella (2012) desenvolveram um protocolo para tratamento de depressão baseado na integração da Psicologia Positiva com a Terapia Cognitivo Comportamental.

Este objetiva aumentar a frequência e intensidade de emoções positivas ao mesmo tempo em que reduz a frequência e intensidade de emoções negativas. O programa trabalha, ainda, o estilo atributivo dos clientes e fortalece crenças funcionais. Na segunda etapa do programa, Fortuna e Portella (2012), propõe um trabalho de Potencialização Primária onde focam as forças pessoais dos clientes e o estabelecimento de metas. Modificar o que está errado ou o que está ruim consiste em apenas parte do trabalho de psicoterapia, sendo preciso reconstruir e fortalecer aspectos funcionais (o que está bem). A orientação positiva da terapia reconhece que os traços positivos e os comportamentos adaptativos servem como fatores protetores contra estressores e dificuldades futuras. Portella et al. (2013), estão desenvolvendo uma metodologia de intervenção psicoterápica que alia os benefícios das terapias cognitivos comportamentais tradicionais (abordagem reconhecida pela OMS e APA como uma das melhores formas de intervenção na atualidade para tratamento das doenças mentais) ao trabalho de vanguarda da Psicologia Positiva (que visa a identificação e desenvolvimento dos aspectos saudáveis humanos). Esta metodologia

denominada: Terapia Cognitivo Comportamental Positiva (TCC+) objetiva trabalhar com as doenças mentais ao mesmo tempo em que identifica e amplia os aspectos saudáveis dos clientes, aumentando assim seu senso de autoeficácia, resultando em um trabalho terapêutico mais rápido e eficaz (PORTELLA *et al.*, 2013). A Psicologia Positiva tem muito a contribuir para o trabalho relacionado à psicoterapia (esta é a única abordagem que trabalha não apenas minimizando emoções e afeto negativo, mas aumentando a frequência e intensidade das emoções positivas, além de contribuir para o desenvolvimento e potencialização de aspectos saudáveis, mesmo quando a pessoa está doente). A Psicologia Positiva, além de colaborar com a evolução da Psicologia, tem mostrado que o trabalho com as virtudes e forças humanas ajuda a prevenir e a diminuir os prejuízos causados pelo estresse e doenças.

Conclusão

A crescente substituição dos alimentos in-natura ricos em fibras, vitaminas e minerais, por produtos industrializados, associada a um estilo de vida sedentário, favorecido por mudanças na estrutura de trabalho e

avanços tecnológicos, compõem um dos principais fatores etiológicos da obesidade. A obesidade está associada às doenças crônicas mais prevalentes da sociedade moderna, com destaque para a diabetes *mellitus*.

A relação entre obesidade e morte por doença cardiovascular é bastante evidente quando se considera pacientes com obesidade abdominal. A obesidade é considerada pela OMS como uma epidemia global, com mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, sendo, pelo menos, trezentos milhões deles clinicamente obesos, podendo ser descrita como a “Nova Síndrome Mundial”, sendo uma condição complexa, com dimensões sociais e psicológicas sérias, afetando indivíduos de todas as idades e grupos socioeconômicos.

A cirurgia bariátrica tem sido apontada como o único tratamento para alcançar perda de peso adequada e durável. O procedimento cirúrgico através de técnicas mistas constitui o padrão-ouro das operações para obesidade grave. A cirurgia não cura os sintomas psíquicos da obesidade, tampouco a questão estética.

Após o terceiro mês da cirurgia há um confronto do paciente com relação à perda de peso, pois, com o emagrecimento, ele constata que os seus

problemas continuam existindo. Nesse momento é comum aparecer depressão, além do que, o foco do problema (que antes se configurava na obesidade) pode ser direcionado para outro objeto do qual não se tinha consciência.

O paciente passa a entrar em contato com questionamentos e enfrentamentos de sua nova realidade, que antes não eram visualizados em virtude do excesso de peso que mascarava os conflitos, sonhos e ideais. A Terapia Cognitiva Comportamental é estruturada, a curto prazo e orientada pela psicoterapia voltada para a solução de problemas atuais e modificação de pensamento e comportamento disfuncional.

O nome refere-se à terapia do comportamento, terapia cognitivo e terapia baseada em uma combinação de comportamentos básicos e princípios cognitivos. A maioria dos terapeutas que trabalham com pacientes que lidam com a ansiedade e depressão usam uma mistura de terapia cognitivo e comportamental.

Nesse sentido, a intervenção cognitivo-comportamental breve em grupo (em apenas quatro sessões) apresenta resultados de diminuição de comportamentos e cognições relacionadas à compulsão alimentar e é indicada como uma intervenção eficaz

para obesos candidatos a cirurgia bariátrica.

A Psicologia Positiva tem como foco três questões: as emoções positivas, os traços individuais positivos e as instituições positivas. Entender como os indivíduos se comportam de uma maneira determinada e traçam um futuro de diferentes maneiras tendo por base sua própria identidade é o primeiro passo para traçarem-se estratégias de uso da Psicologia Positiva.

A integração da Psicologia Positiva com a Terapia Cognitivo Comportamental se apresenta como sendo um protocolo para tratamento da depressão. Objetiva aumentar a frequência e intensidade de emoções positivas ao mesmo tempo em que reduz a frequência e intensidade de emoções negativas.

Referências

ANJOS, L.A. Obesidade e saúde pública [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. **Temas em saúde collection**. 100 p., 2006. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/rfdq6/pdf/anjos-9788575413449.pdf>>. Acesso em: 23 de março de 2019.

APPOLINARIO J.C.; COUTINHO, W.; POVOA, L.C.- O Transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. **J Bras Psiquiatr.** v. 44(Sup11), p46- 49, 1995.

- BORGES, M.B.F; **Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia** (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1998.
- BARRETT, L. F. Discrete emotions or dimensions? The role of valence focus and arousal focus. **Cognition and Emotion**, v.12, n.4, p.579-599, 1998.
- BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A: Hopelessness and suicidal behavior-an overview. **JAMA**, v. 234, n.11, p.1146- 1149, 1975.
- BECK, A. T. & ALFORD, B. A. O poder integrador da terapia cognitiva. **Porto Alegre: Artes Médicas**, 2000.
- BELELI CAV, FILHO AC, SILVA RM, CAMARGO MA, SCOPIN DR. **Fatores preditivos na perda ponderal de pacientes submetidos ao Bypass Gástrico em Y-de-Roux**. Bariátrica e Metabólica Ibero-Americana, 2011.
- BOND, S. R., HOFFLER, A., & TEMPLE, J. **GMM Estimation of empirical growth models**. London, United Kingdom: Centre for Economic Policy Research, 2004.
- BOZI, MLM; LUIZ, RR; MORGADO, CMC; COSTA, MLS; CARVALHO, RJ. **Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.55, n.2, p.108-113, 2006.
- BUCHWALD H, **Consensus conference Statement Bariatric surgery for obesity: Health implications for patients, health professionals, and third-party payers**. *Surg obes related dis*, 2005.
- CAPELLA JF, Capella RF. **Vertical banded gastroplasty-gastric bypass: preliminary report**. *Obes Surg*, 1991.
- CARR, A.T. - Compulsive neurosis: a review of literature, **Psychol Bull**, v.81, n.5, p.311-318, 1974.
- CLARK DA, BECK AT, ALFORD HA: **Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression**. New York, Wiley, 1999.
- COOPER, Z. & FAIRNBURN, C. G. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. **Behaviour Research and Therapy**, v.39, n.5, p. 499-511, 2001.
- COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 332-340, 2008.
- COUTINHO, W. *et al*, **Consenso Latino Americano sobre Obesidade**, 1998.
- CRISTOFOLETTI, M.F. **Fatores dietéticos associados à obesidade abdominal: estudo transversal de base populacional em nipo-brasileiros de Bauru**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- DALCANALE, L. et al. Long-term nutritional outcome after gastric bypass. **Obesity surgery**, v. 20, n. 2, p. 181-187, 2010.
- DIENER, E. **Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index**. *American Psychologist*, v.55, n.1, p. 34-43, 2000.

- EURONUT SENECA investigators. **Nutritional status: anthropometry.** Eur J Clin Nutr, 1991.
- FINGER, I. R., OLIVEIRA, M. S. **A prática da terapia cognitivo comportamental nos transtornos alimentares e obesidade.** Ed Sinopsys, 2016
- FRANCISCHI, R. P. P.; PEREIRA, L. O.; FREITAS, C. S.; KLOPPER, M. L.; SANTOS, R. C.; VIEIRA, P.; JUNIOR, L.; HERBERT, A. **Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento.** Rev Nutr, v. 13, p. 17-29, 2000.
- FRANQUES, A. R. M., & ARENALESLOLI, M. S. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade.** São Paulo, 2006
- FREITAS LRS, Garcia LP. **Evolution of prevalence of diabetes and associated hypertension in Brazil: analysis of National Household Sample Survey, 2012.**
- FURTADO, M. V.; POLANCZYK, C. A. **Prevenção cardiovascular em pacientes com diabetes: revisão baseada em evidências.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab., São Paulo, v. 51, n. 2, p. 312-318, 2007.
- GLEISER, D & Candemil, R. S. **O acompanhamento emocional após a cirurgia bariátrica. In Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade** A. R. M, Franques & M. S. A, Loli. São Paulo, 2006.
- GOFIN J, Abramson JH, Kark JD, Epstein L. **The prevalence of obesity and its changes over time in middle-aged and elderly men and women in Jerusalem, 1996.**
- GRUNDY, S. M.; BREWER, H. B.; CLEEMAN, J. I.; SMITH, S. C.; LENFANT, C. **Definition of metabolic syndrome** – report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on Scientific Issues Related to Definition. Circulation, v. 109, n. 3, p. 433-438, 2008.
- HALPERN A, et al. **Multidisciplinary approach to morbidly obese patients undergoing surgical treatment by adjustable gastric banding.** Rev Col Bras Cir, 2010.
- HAWTON, K. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático.** São Paulo: Martins Fontes, 1997
- KEYES, C. L. M., SHMOTKIN, D. RYFF, C. D. **Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions.** Journal of personality and social psychology, v. 82, n. 6, p. 1007, 2002.
- KRAGELUND, C.; HASSAGER, C.; TRACE study group. **Impact of obesity on longterm prognosis following acute myocardial infarction.** International Journal of Cardiology. v. 98, p. 123-131, 2005.
- MARGRAF, J. Hintergründe und entwicklung. In: Jürgen Margraf & Silvia Schneider(Eds.), **Lehrbuch der Verhaltenstherapie**, Band 1. Berlin: Springer, 2009.
- NOVAIS PFS, Junior IR, LEITE CVS, OLIVEIRA MRM. **Evolução e classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica - derivação gástrica em Y-de-Roux.** Arq BrasEndocrinolMetab. 2010.

- OLINTO, Maria Teresa Anselmo et al. **Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados.** Cad. Saúde Pública, jun. 2006.
- OLIVEIRA, L.L., DEIRO, C.P. (2013). **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento.** In Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. 14, n.1, p.36-49, 2013.
- ONYIKE, C et al. **Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey.** American Journal of Epidemiology, v. 158, p. 1139-1147, 2003.
- PALUDO, S. S., & KOLLER, S. **H.Psicologia Positiva**, São Paulo, 2007
- PEDROSA, I.V.; BURGOS, M.G.P.A.; SOUZA, N. C & MORAIS, C.N. **Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica.** *Rev. Col. Bras. Cir.* [online], 2009.
- PETERSON, C., & SELIGMAN, M. **Character strengths and virtues: A classification and handbook.** Washington, DC: American Psychological Association, 2004.
- PORTELLA, M. **Teoria da Potencialização da Qualidade de Vida.** Rio de Janeiro: PSI+ Editorial, 2013.
- PORTELLA, M. **Aplicações da Psicologia Positiva: da Prevenção das Doenças Mentais à Potencialização de uma Vida Feliz.** Simpósio Latino Brasileiro de Psicologia Positiva
- AZEVEDO, A.P.; dos SANTOS, C.C.; da FONSECA, D.C. **Transtorno da compulsão alimentar periódica**, v. 31, n. 4; p.170-172, 2004
- SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J.. **Tendência do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n.1, 2003.
- SELIGMAN, M. E. P. & CSIKSZENTMIHALYI, M. **Positive Psychology: An introduction.** *American Psychologist Association.* Jan. v.55, n.1,p. 5-14, 2000.
- SILVA, F. A. M., & Costa, N. D. L. **Estudo multicêntrico sobre saúde reprodutiva no Brasil: Alguns resultados da pesquisa no Rio Grande do Norte**, 2003.
- SIQUEIRA, A. F. A.; ALMEIDA-PITITTO, S. B.; FERREIRA, R. G. **Doença Cardiovascular no diabetes mellitus: análise dos fatores de risco Clássicos e não clássicos.** *Arq. Bras. Endocrinol Metab.*, v. 51, n. 2, p. 257-267, 2007.
- STROEBE, W., VAN KONINGSBRUGGEN, G. M., PAPIES, E. K., & AARTS, H. **Why most dieters fail but some succeed: a goal conflict model of eating behavior.** *Psychological Review*, v.120, n.1, p.110-138,2013.
- WILFLEY, D. E., KOLKO, R. P. & KASS, A. E. **Cognitive behavioral therapy for weight management and eating disorders in children and adolescents.** *Child and Adolescent. Psychiatric Clinics of North America*, v.20, n.2, p.271-285,2011.