

CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO RELACIONADA À OBESIDADE

Jessica Cecília Moura Machado¹
Katia de Medeiros Penna²

RESUMO: O objetivo dessa pesquisa está voltado para o estudo de como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode tratar a depressão em pacientes obesos. Pela existência de técnicas que tratam ambas patologias de modo individual, ancoramo-nos em estudos que contribuíram para o tratamento com base na TCC para pacientes com depressão e obesidade, concomitantemente. Amparados em autores como Barbosa (2011), Solomon (2002) e Beck (2022), além de dados oficiais, adotou-se como metodologia de trabalho, a pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, com buscas de artigos científicos nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO e PePSIC, com o recorte temporal entre 1995 a 2022. Nos resultados de nossa pesquisa encontramos por meio da TCC, a possibilidade de se realizar o tratamento de maneira eficaz, de pacientes com depressão e obesidade crônica, a fim de auxiliá-los não apenas no abrandamento dos sintomas de humor deprimido, como também no excesso de peso, por meio de técnicas, como a ativação comportamental.

Palavras-chave: Obesidade. Depressão. Terapia Cognitivo-Comportamental.

1. INTRODUÇÃO

A vida moderna fez com que diversos hábitos e ações da sociedade se alterassem ao longo de décadas, desde sua rotina de trabalho, passando inclusive, pela alimentação. Mudanças abruptas ocasionaram uma série de consequências para a vida do indivíduo, bem como da sociedade, como insônia, estresse, compulsão alimentar, ansiedade, depressão e, até mesmo, obesidade (CANCLINI, 2010).

Desde meados do século passado, a obesidade passou a ser encarada como uma condição que pode vir a causar diversos prejuízos para a saúde das pessoas. Entretanto, essa doença crônica nem sempre foi vista como algo ruim ou que poderia trazer malefícios. Na Antiguidade, havia a necessidade de manter uma reserva de gordura corporal como depósito de energia, visto que o homem necessitava de grande esforço físico para conseguir seu alimento e garantir sua sobrevivência (BARROS FILHO, 2004).

¹ Graduanda do curso de Psicologia, UNIFUCAMP. E-mail: jessicamachado@unifucamp.edu.br

² Professora Mestre, UNIFUCAMP. E-mail: katiamedeiros@unifucamp.edu.br

Entretanto, com o estilo de vida cada vez mais sedentário tido pela população, bem como o consumo de alimentos ultraprocessados e de alto teor calórico, as pessoas acabam acumulando quantidades elevadas de gordura, o que favorece o aumento de peso, principalmente naquelas pessoas já predispostas geneticamente (HALPERN, 1999).

Considerando os aspectos anteriores, sabe-se que a obesidade pode ter sua motivação advinda de diversos fatores ou causas. Nesse sentido, as diversas motivações, frequentemente, envolvem aspectos ambientais, constitucionais, culturais, sociais, familiares, psicológicos e emocionais; sendo que esses fatores podem agir de forma independente ou interagir mutuamente (DIAS *et al.*, 2017).

Assim, ao se considerar sua motivação multifatorial e, conseqüentemente, as áreas científicas envolvidas diretamente, a quantidade de estudos sobre a obesidade, suas motivações e conseqüências para a vida aumentaram exponencialmente e, na psicologia, não foi diferente. Isso porque muitas causas ou conseqüências da obesidade estão relacionadas com questões mentais também já investigadas, como a depressão (LORENA *et al.*, 2021).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014), uma das condições mais clássicas entre os transtornos depressivos é o Transtorno Depressivo Maior (TDM), popularmente conhecido apenas como depressão, o qual pode acarretar diversos sintomas que interferem na rotina atuante do indivíduo.

Dentre as abordagens que tratam o TDM, está a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Esta vertente da psicologia tem se mostrado eficaz no tratamento de uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos, tendo também demonstrado bons resultados no que se refere a prevenção e redução da severidade de possíveis episódios no futuro (BECK, 2022).

Dado a ascendência do número de casos de obesidade e depressão e a crescente necessidade de aprofundamento de investigação científica (MORAES, 2011), este trabalho justifica-se por contribuir para com o direcionamento de estudos sobre a aplicação do tratamento da depressão em pacientes obesos, por meio da TCC.

Além disso, considerando o ser humano em sua complexidade, é importante não desconsiderarmos as possíveis repercussões psicológicas que podem estar envolvidas na

obesidade, em busca de garantir que um tratamento humanizado e eficaz seja desenvolvido com o paciente.

Sob essa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo geral compreender como a TCC pode contribuir para o tratamento da depressão em pacientes com obesidade. Como objetivo específico, busca-se compreender as principais definições da obesidade crônica, além dos principais conceitos da depressão e como esta se relaciona à obesidade crônica. Além disso, nosso trabalho visa apontar os principais conceitos da TCC e verificar como essa teoria compreende e trata a depressão, especificamente no caso do paciente com obesidade.

Para isso, dividimos nosso estudo em capítulos que trouxessem, em um primeiro momento, a conceituação, a perspectiva histórica e a definição atual de obesidade, depressão e da TCC. No segundo momento, já nos resultados e discussão, desenvolvemos uma análise do abordado anteriormente sob uma perspectiva prática de análise, visando assim a aplicabilidade de técnicas terapêuticas da TCC em pacientes depressivos com obesidade. Por fim, apresentamos as considerações finais, por meio da sintetização do proposto e problematizado, bem como de sugestões para futuras pesquisas na área.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A obesidade

A figura do corpo e a definição de obesidade tiveram ao longo da história da humanidade diferentes conceitos e percepções que partiram desde a concepção de beleza até a definição de saúde. A imagem do corpo na Grécia Antiga, por exemplo, esteve muito associada à virilidade, força e prova viva da perfeição dos deuses na Terra. Diferentemente de seu período histórico posterior, a era medieval, na era clássica "o corpo era visto como elemento de glorificação e de interesse do Estado" (BARBOSA *et al.*, 2011, p. 25).

Entretanto, tal porte físico era apenas valorizado nos homens livres, dado que mulheres e escravos não entravam nesse agrupamento. Ainda hoje é possível perceber o modelo de corpo que era tido pelos gregos da era clássica por meio das esculturas expostas no Partéon (BARBOSA *et al.*, 2011).

Já na Idade Média o culto ao corpo que, no período histórico anterior era fonte de expressão da beleza, passa a ser proibido, sendo, então, encarado como fonte de pecado. De acordo com o pensamento dessa época, por causa do

[...] deus cristão, o deus que estava em toda a parte, os homens e as mulheres deviam ocultar o corpo. Nem entre os casais, na intimidade, ele deveria ser inteiramente desvelado. O pecado rondava tudo. [...] O bem-estar da alma deveria prevalecer acima dos desejos e prazeres da carne. O corpo, prisão da alma, era, pois, um vexame, deveria ser escondido (BARBOSA, *et al.*, 2011, p. 24).

Tal concepção prolongou-se durante muito tempo após a Idade Média devido à falta de uma nova corrente de pensamento que provocasse uma grande ruptura com as concepções até então vigentes. Assim, até o século XVIII, o corpo continuou sendo visto e concebido, majoritariamente, como um templo sagrado do deus cristão, que precisaria estar resguardado e oculto dos pecados (BARBOSA, *et al.*, 2011).

Após tal período, nas primeiras décadas do século XX, o corpo ganha novos olhares e conotações devido ao surgimento de novas frentes de pensamento que se popularizaram, perante aos processos de revolução, independência e modernização dos países das Américas, bem como pela evolução tecnológica e científica; trazendo novos ares para o cidadão comum sobre o conceito de liberdade e propriedade privada (SILVA, 1999).

A destruição das ordens antigas vai ser marcada por processos decisivos na história humana: a morte da divindade e o fim do domínio aristocrático. A Revolução Francesa é o marco histórico nesse processo que há muito já vinha sendo gestado e que é aparente em obras como "As meninas", de Diego Velázquez, do século XVII [...] (SILVA, 1999, p. 12).

Entretanto, apesar dos novos moldes que expressavam uma liberdade em mostrar o corpo até então coberto e resguardado, um conceito de beleza da era clássica era trazido de volta. Só que, dessa vez, não apenas para os homens livres, como na época, mas também para a mulher (MACEDO *et al.*, 2015).

Atualmente, mesmo com o advento da internet e da globalização, a figura da obesidade ainda está muito relacionada a figuras percebidas nos séculos anteriores. Tais preconceitos fazem com que a situação de integração e inclusão dessas pessoas na sociedade seja ainda

muito difícil e lenta; afetando a vida em diferentes esferas: pessoal, profissional, amorosa, social, etc (MACEDO *et al.*, 2015).

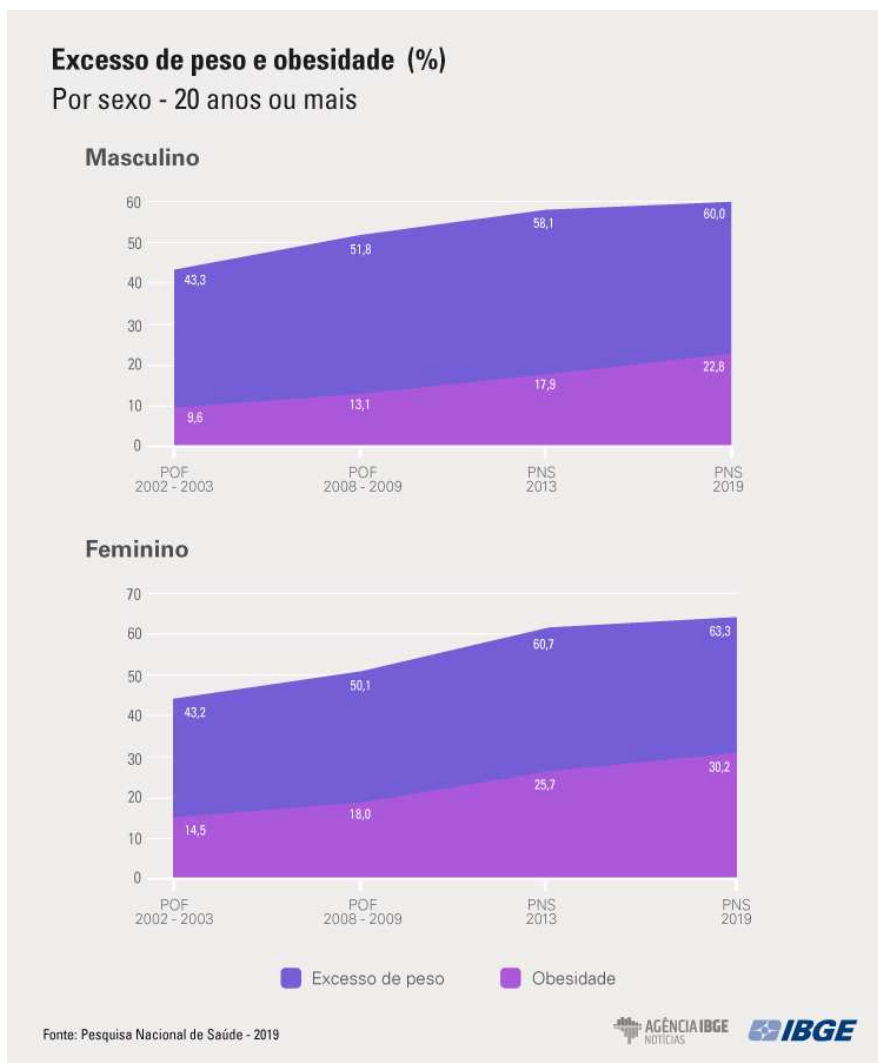
A vivência de sentimentos como tristeza, vergonha, inibição e frustração provocados pelo corpo obeso determina que para que se mantenha bonito e aceito é preciso ser magro, condição que garante o bem estar consigo e com os outros. Tais achados reforçam que as pessoas obesas sofrem discriminação diante da cultura da beleza, imposta diariamente pela mídia, que idolatra o corpo magro como o "belo" (MACEDO *et al.*, 2015, p. 508).

Por outro lado, concomitantemente com o preconceito ainda forte na sociedade sobre a temática da obesidade, acontece uma transformação conceitual de que o corpo saudável é apenas um conceito subjetivo, como o próprio conceito de beleza. Essa nova manifestação abre espaço para um processo de inclusão de pessoas até então deixadas à margem da sociedade. Entretanto, provoca uma confusão conceitual na figura da pessoa com obesidade, uma vez que sua condição passa a ser vista como identidade; fazendo com que, assim, esta doença se torne algo a não ser mais extinta, mas, pelo contrário, valorizada.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), a obesidade define-se de maneira objetiva e mensurável, uma vez que esta é medida pelo índice de massa corporal (IMC), que é calculado utilizando a altura e o peso do indivíduo ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$). Assim, uma pessoa tem obesidade quando o IMC é maior ou igual a 30 kg/m^2 e a faixa de peso normal varia entre $18,5$ e $24,9 \text{ kg/m}^2$. As pessoas com o IMC de 25 até $29,9 \text{ kg/m}^2$ são diagnosticadas com sobrepeso, e dessa maneira, já podem vir a ter prejuízos com o excesso de gordura.

No Brasil, segundo dados da Agência IBGE Notícias (2020), o número de pessoas obesas no país, em 2002-2003, era de 14,5% entre pessoas do sexo feminino, com mais de vinte anos de idade; enquanto do sexo masculino, dentro da mesma faixa etária, era de 9,6%. Essa porcentagem, já em 2019, entre pessoas do sexo feminino com mais de 20 anos de idade pulou para 30,2%, enquanto do sexo masculino, dentro da mesma faixa etária, subiu para 22,8%.

Imagem 1 – Excesso de peso e obesidade (%) por sexo.



Fonte: Agência IBGE Notícias (2020).

A obesidade foi considerada pelo Ministério da Saúde (MS) uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), sendo um dos grandes desafios do contexto atual e demandando um modelo de Atenção à Saúde que “incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento [...]” (BRASIL, 2014, p.15).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), as DCNTs se caracterizam por terem uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e, também, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais. As DCNTs

não possuem causas claramente definidas, mas as investigações biomédicas identificaram diversos fatores de risco para seu desenvolvimento (BRASIL, 2014).

Os fatores de risco podem ser classificados em “não modificáveis” (sexo, idade e herança genética) e “comportamentais” (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014, p. 16).

Considerando a grande variedade das DCNTs, destaca-se entre elas a obesidade, visto que ela é, simultaneamente, doença e fator de risco para outras doenças, oferecendo, desta forma, diversas implicações para a saúde e para a qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2014). De acordo com Wannmacher (2000), a obesidade está associada ao aumento da ocorrência de outras doenças, como câncer, diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares e doenças renais crônicas. Além disso, a obesidade pode trazer consigo desregulações hormonais, que podem gerar outros tipos de prejuízos à vida do indivíduo, como a ansiedade e depressão (MELCA; FORTES, 2014).

Especificamente, no caso da depressão, é possível observar uma correlação desta com a obesidade por diversos fatores, dentre eles a desregulação de sistemas neuroimunoendócrinos, ocasionados por mecanismos fisiopatológicos biopsicossociais, onde estresse, experiências traumáticas, estados emocionais, representações culturais, hábitos de vida e padrões vinculares de relacionamento interagem com cargas genéticas e processos inflamatórios, fenômeno conhecido como sobrecarga alostática ((MELCA; FORTES, 2014).

O sistema alostático, quando ativado por situações de estresse biopsicossocial crônico, ao se tornar sobrecarregado, promove a iniciação de diferentes transtornos interrelacionados, sendo que seus mecanismos envolvem a desregulação de sistemas neuroimunoendócrinos. Desta forma, “o consequente desequilíbrio físico e psíquico decorrente deste processo, com surgimento da síndrome metabólica, obesidade, hipertensão e diabetes, se associa a quadros depressivos e ansiosos” (MELCA; FORTES, 2014, p. 19).

Dado tais prejuízos na vida das pessoas com obesidade crônica, uma delas supracitada, a depressão, configura-se como uma das mais prejudiciais para o dia a dia de quem tem uma rotina ativa e produtiva. Nesse sentido, é importante salientar, ainda, que quando a depressão

está relacionada à obesidade, pode-se desencadear consequências que venham a agravar o caso de ambas (ABESO, 2017).

Uma pesquisa realizada de setembro de 2015 até maio de 2017, envolvendo 26.628 participantes, por especialistas do Centro Médico da Universidade de Vrije, em Amsterdã e exibido pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica – ABESO (2017), verificou relações genéticas relevantes entre a obesidade e o TDM. Esse estudo verificou que a relação entre obesidade e depressão pode se apresentar bidirecional, ou seja, pessoas com sobrepeso e obesidade são mais propensas a desenvolver o TDM, ao passo que pessoas com TDM têm mais probabilidade de desenvolver a obesidade (ABESO, 2017).

2.2. A depressão

A terminologia “depressão”, amplamente utilizada atualmente, é considerada a doença do século XXI, entretanto desde a Antiguidade, seus sintomas eram mencionados, contudo, era conhecida por “melancolia” (AZEVEDO; SPADOTTO, 2004). Nesse período, a prática médica era fundamentada na teoria dos quatro humores. Essa teoria entendia que o humor era definido por fluidos corporais, que se classificavam em fleuma, bile amarela, sangue e bile negra. A melancolia, em específico, era relacionada à bile negra, a qual era vista como fria e seca (GONÇALES; MACHADO, 2007).

O conceito e a forma como as pessoas compreenderam a depressão sofreram modificações ao longo dos séculos. Hipócrates, por exemplo, buscou compreender e definir a depressão, denominada por este como melancolia, por meio de seus sintomas, considerando que ela era uma patologia que causava "aversão à comida, à falta de ânimo, à insônia, à irritabilidade e à inquietação" (CORDÁS, 2002, p. 20).

Tempos depois, na Idade Média, com a ascensão do Cristianismo e com o misticismo e a superstição tomando o lugar da medicina racional, as doenças mentais, incluindo a depressão (ainda conhecida como melancolia), passaram a ser vistas como um mal, pois representavam o afastamento de tudo que era sagrado (GONÇALES; MACHADO, 2007).

Além disso, de acordo com o jornal de ciências da Universidade de São Paulo (2017), a loucura e a melancolia, naquela época, foram associadas a possessões demoníacas e aos

pecados capitais, onde se considerava a ideia de que demônios invadiam a mente das pessoas e as tornavam loucas. A ideia de dissociação entre o corpo e a mente, proposta pela Igreja Católica, pode ter contribuído para esse entendimento das doenças mentais.

Já na Idade Moderna, com o Renascimento, observamos, novamente, a busca pelos conhecimentos científicos, com o surgimento de algumas teorias de que a mente poderia ser influenciada pelo corpo. Entretanto, nesse período, ainda não haviam sido abandonadas as concepções religiosas sobre as doenças mentais. No Iluminismo, enquanto as teorias racionalistas ganhavam espaço, as concepções religiosas sobre as doenças mentais começam a desaparecer (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

No século XX, ainda segundo o jornal da Universidade de São Paulo (2017), ocorreu o surgimento de inúmeras classificações e teorias em torno das doenças mentais. Além disso, esse século é marcado pela “purificação”, um conceito surgido no século XIX, que caracterizava a busca pelo aperfeiçoamento da espécie humana, uma vez que isso era colocado em prática por meio da limpeza social. Nesse processo de purificação, as pessoas consideradas inferiores, como pobres, homossexuais, doentes mentais e negras passaram a ser chamadas de “degeneradas”.

Entretanto, ainda no século XX, com a consolidação da Psiquiatria, começaram a eclodir movimentos que buscavam modificar a forma de tratamento e assistência aos doentes mentais. Além disso, percebemos avanços no tratamento da depressão com o surgimento dos antidepressivos, na década de 1950 (RIBEIRO, 1999). A denominação depressão só foi usada pela primeira vez em 1660, na língua inglesa, para descrever estados de desânimo (SOLOMON, 2002).

O surgimento do termo depressão e sua utilização prática nos contextos médicos psiquiátricos e psicológicos, bem como a criação das substâncias químicas capazes de controlar o deprimir, anunciam o fim do reinado da melancolia. [...] As substâncias antidepressivas e seus efeitos sobre o funcionamento cerebral inauguraram um novo tempo de tratamento para os, agora conhecidos, transtornos do humor. O termo melancolia é abandonado e posto em desuso pelo saber do discurso psiquiátrico. (SANTA CLARA, 2009, p. 8).

Tendo em vista a subjetividade, bem como a proposta de tratamentos pouco científicos, foi que, em 1952, de acordo com o mesmo jornal de ciências da Universidade de São Paulo

(2017), um manual sobre diagnósticos e estatísticas dos transtornos mentais foi criado, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Esse manual, apesar da já existência da classificação dos transtornos mentais pela CID-6 da OMS, trouxe consigo proposições para um tratamento mais específico para cada classificação previamente estabelecida.

De acordo com o DSM (APA, 2014), em sua quinta edição, a depressão pode se manifestar como TDM, que é considerado uma condição clássica desse grupo de transtornos. Assim, os critérios diagnósticos do DSM especificam que, pelo menos cinco dos nove sintomas que se seguem, estiveram presentes no mesmo período de duas semanas: humor deprimido, acentuada diminuição do interesse e prazer, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou se concentrar e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Para o diagnóstico do TDM pelo manual, é necessário que os sintomas representem uma mudança em relação ao funcionamento anterior do indivíduo e que pelo menos um dos sintomas seja humor deprimido ou perda de interesse ou prazer (APA, 2014). Além disso, segundo Fonseca (2018), os transtornos depressivos possuem algumas características principais, que se baseiam em sentimentos de tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração (FONSECA, 2018).

Ainda de acordo com o DSM-V (APA, 2014), a depressão pode se manifestar também de uma forma mais crônica, o transtorno depressivo persistente, ou distímia. Esse transtorno, especificamente, é caracterizado pelo humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos dois anos. Ademais, é necessário a presença de, pelo menos, duas das seis características que se seguem: alimentação em excesso ou apetite diminuído, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, diminuição da concentração e sentimentos de desesperança.

Levando-se em consideração os sinais e sintomas potencialmente incapacitantes do TDM mencionados acima, várias abordagens da psicologia voltaram seus esforços para aperfeiçoar o tratamento de pessoas que possuíam esse transtorno. No caso da Terapia Cognitivo-Comportamental, por exemplo, a depressão é tratada de maneira funcional, de forma a trazer

bem-estar e mais qualidade de vida para o paciente que está passando por essa situação (CIZIL; BELUCO, 2019).

2.3. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Vários fatores contribuíram para o desenvolvimento da TCC. No final dos anos 1950 e ao longo dos anos 1960, as abordagens comportamentais, baseadas nos princípios da modificação do comportamento começaram a ganhar força, ao mesmo tempo que a psicoterapia psicodinâmica, que era até então a abordagem predominante, começou a ser alvo de críticas (WENZEL, 2018).

No entanto, com o passar do tempo, tornou-se evidente que uma abordagem fundamentalmente comportamental não era suficiente para explicar as inúmeras representações clínicas dos pacientes e que essas intervenções comportamentais não conseguiam abordar importantes componentes dos problemas (WENZEL, 2018).

Ademais, a chamada “revolução cognitiva” pela qual o campo da psicologia estava passando – onde pesquisas importantes foram desenvolvidas para medir aspectos da cognição e modelos de processamento de informações estavam sendo promovidos – também influenciou o surgimento da TCC, criando um clima propício para a incorporação de um foco na cognição nas intervenções comportamentais tradicionais (WENZEL, 2018). Desta forma, durante a década de 1960 – tendo como base o modelo de processamento da informação – a abordagem TCC foi desenvolvida, tendo como seu principal precursor Aaron Beck (MATOS; OLIVEIRA, 2014).

O desenvolvimento da TCC se deu quando Aaron Beck, em 1950, originalmente psicanalista, percebeu que seria necessário validar, experimentalmente, alguns conceitos psicanalíticos que utilizava em sua prática clínica para que, assim, essa escola de psicoterapia ganhasse reconhecimento por parte dos cientistas da época. Assim, começou a realizar alguns estudos com pacientes deprimidos, em busca de provar sua hipótese de que o sonho dos clientes psiquiátricos expressaria menos temas revoltados a hostilidade do que os sonhos dos pacientes deprimidos (BECK, 2022).

Entretanto, ao longo de suas pesquisas, percebeu que esse conceito poderia estar equivocado, visto que, de acordo com suas observações, os sonhos dos pacientes deprimidos

tinham conteúdos mais voltados para temas relacionados ao fracasso, perda e privação, e que esses temas eram semelhantes aos pensamentos dos clientes, quando acordados. Além disso, ele identificou que seus clientes operavam com dois tipos de pensamentos, uma vertente compondo pensamentos rápidos com qualificações sobre si e outra vertente de livre associação (BECK, 2022).

A partir desse momento, Beck mudou sua forma de tratar seus clientes, ajudando-os a identificar, avaliar e responder os pensamentos disfuncionais, o que acarretou em melhoras rápidas. Além disso, o pesquisador compartilhou seus achados com residentes e estudiosos da área, realizando pesquisas e, posteriormente, demonstrando a eficácia do que ele chamou de terapia cognitiva. Atualmente, usamos o termo Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como sinônimo dessa terapia desenvolvida por Beck (BECK, 2022).

Esse autor embasou-se na teoria de diversos estudiosos para desenvolver sua nova forma de psicoterapia. Entre eles observamos o filósofo Epicteto e teóricos como Albert Ellis, Albert Bandura, Richard Lazarus, Alfred Adler, Karen Horney, entre outros. Posteriormente, os trabalhos de Beck também foram ampliados por vários autores e teóricos (BECK, 2022).

A TCC tem como princípios fundamentais o fato de que nossas cognições exercem uma grande influência na forma como nos comportamos e nas nossas emoções; e, em contrapartida, nossos comportamentos também podem afetar nossos pensamentos e emoções (WRIGHT, BASCO; THASE, 2008).

Segundo Beck (2022, p. 75) “a forma como as pessoas se sentem emocionalmente e a forma como se comportam estão associadas a como elas interpretam e pensam a respeito de uma situação. A situação em si não determina diretamente como elas se sentem ou o que fazem”. Desta forma, um dos principais objetivos do terapeuta cognitivo-comportamental é proporcionar a modificação de pensamentos e crenças disfuncionais do paciente, buscando desenvolver cognições mais adaptativas e realistas (BECK, 2022).

O tratamento com base na TCC deve ser adequado para cada indivíduo, entretanto, existem alguns princípios básicos que se aplicam a grande maioria deles, como, por exemplo, a busca por sessões estruturadas, a conceitualização cognitiva em desenvolvimento contínuo, a necessidade de uma aliança terapêutica sólida, o monitoramento contínuo do progresso do

paciente, a ênfase no positivo, na colaboração, na participação ativa e no tempo presente; a inclusão de planos de ação, a utilização de várias técnicas e da descoberta guiada (BECK, 2022).

Ademais, a TCC sendo aspiracional, baseada em valores e orientada para os objetivos, é culturalmente adaptada e adapta o tratamento ao indivíduo, além de ser educativa e atenta ao tempo de tratamento. Ademais, esta pode ser adaptada para clientes com variados níveis de educação e renda, para vários contextos, idades e podendo ser utilizada nos formatos casal, família ou grupo (BECK, 2022).

Segundo Deborah Dobson e Keith S. Dobson (2011), além das intervenções cognitivo-comportamentais disporem de amplas evidências para o tratamento de problemas de saúde mental de pacientes adultos, sendo consideradas poderosas e eficazes, elas podem ser úteis para uma grande variedade de problemas, principalmente quando os clínicos apresentam flexibilidade nas aplicações do tratamento, em busca de ampliar os resultados e a satisfação dos clientes. Assim sendo, a TCC é uma abordagem psicológica com condições de propiciar bons resultados no tratamento de pessoas com transtorno depressivo, sendo estas, obesas (CIZIL; BELUCO, 2019).

3. METODOLOGIA

O método adotado para a realização do presente trabalho foi o de pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo. Esse método permite que o pesquisador realize um apanhado geral dos principais trabalhos já realizados sobre o tema, que oferecem dados relevantes e atuais, podendo, assim, evitar erros e auxiliar na planificação do trabalho (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Segundo Lakatos e Marconi (2017), uma das principais vantagens da pesquisa bibliográfica está no fato de possibilitar que o pesquisador compreenda uma grande variedade de fenômenos, quantidade maior do que seria possível em uma pesquisa de campo. Além disso, essa pesquisa pode ser realizada de forma mais rápida e econômica.

Corroborando com essa ideia, Martins e Pinto (2001) aponta que na pesquisa bibliográfica, o pesquisador procura conhecer, discutir, explicar e analisar uma temática com base em referências teóricas já publicadas, podendo contribuir com esse acervo de materiais, enriquecendo a pesquisa.

Para o presente trabalho, foram pesquisados artigos científicos por intermédio de diversos bancos de dados, como Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), com o recorte temporal entre 1995 a 2022. Também foram incluídos livros do acervo pessoal, por meio das quais obtivemos uma ampla variedade de informações referentes ao tema proposto para este trabalho, por meio de leituras basilares para a compreensão dos principais conceitos envolvidos nesta pesquisa.

Os critérios de inclusão utilizados para a pesquisa foram trabalhos científicos com a abordagem voltada para a TCC, a depressão e a obesidade, sendo selecionados apenas materiais completos e que foram publicados dentro do recorte temporal estabelecido. Já o critério de exclusão baseia-se na não utilização de trabalhos científicos que abordavam a depressão e a obesidade em qualquer outra abordagem psicológica, bem como materiais incompletos, além daqueles publicados fora do recorte temporal.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A depressão, conforme mencionada anteriormente, contribui de forma negativa para a vida das pessoas, em relação a seu relacionamento com a família, amigos, colegas de trabalho, bem como em outras áreas de sua vida. Além do mais, sintomas como humor deprimido, diminuição do interesse e prazer na maioria de suas atividades, insônia ou mesmo hipersonia, perda ou ganho de peso, sentimento de culpa, ou mesmo de falta de valor, bem como redução em sua concentração são alguns dos sintomas que o DSM-V (APA, 2014) traz como evidentes em quem tem esse transtorno.

E foi justamente a depressão um dos principais pilares para Aaron Beck formular a abordagem cognitivo-comportamental. Isso porque em observações e estudos realizados por Beck, foi construída a compreensão de que os comportamentos negativos dos pacientes, bem como o humor, eram frutos de crenças e pensamentos distorcidos, e não advindos do inconsciente do indivíduo, conforme a abordagem psicanalítica postulava (BECK, 2022).

Atualmente, a TCC conta com mais de trezentos ensaios clínicos controlados que comprovam sua eficácia, compilando vários estudos e metanálises que indicam efetividade

similar a outros tipos de intervenções, como a farmacoterapia, ou mesmo outros tipos de intervenções psicológicas, independentemente do grau do transtorno depressivo (BECK, 2005).

Além disso, ao considerarmos a efetividade do tratamento desenvolvido pela TCC, outro fator de credibilização da abordagem para tratar a depressão é a duração da resposta do tratamento. Esse diferencial faz com que as possíveis recorrências possam ser enfrentadas de maneira que gere menos danos ao processo terapêutico anterior realizado (BECK, 2005).

Analisando de maneira mais profunda o modelo cognitivo de Beck para a depressão, encontramos duas vertentes principais: a Tríade Cognitiva e as Distorções Cognitivas (BECK, 1963 apud WRIGHT, 2008). A tríade cognitiva da depressão compreende três padrões cognitivos que fazem com que o paciente deprimido perceba a si mesmo, seu futuro e seu ambiente de uma forma específica, muitas vezes disfuncional (YOUNG *et al.*, 2016). Esses pacientes

se consideram inúteis, inadequados, não amáveis e deficientes. Esses pacientes veem o ambiente como algo sufocante, que apresenta obstáculos insuperáveis e que resulta continuamente em fracasso e perda. Sua visão de futuro também é sem esperança. Seus esforços serão insuficientes para mudar o rumo insatisfatório de suas vidas. Essa visão negativa do futuro costuma levar a ideação suicida e tentativas de suicídio propriamente ditas (YOUNG *et al.*, 2016, p. 285).

As distorções cognitivas, compreendidas como erros consistentes no pensamento (BECK, 2022), estão fortemente vinculadas aos transtornos psicológicos, e são muito mais comuns em pacientes com depressão do que em pacientes não deprimidos (YOUNG *et al.*, 2016). Essas distorções são provenientes de regras e crenças, que são padrões estáveis que o indivíduo deprimido adquire ao longo da vida, e que podem ser ativadas por fontes primárias, como o estresse; muitas vezes, essas regras e crenças levam a estratégias interpessoais ineficazes (RUPKE; BLECKE; RENFROW, 2006).

As distorções de pensamento que podem estar presentes na depressão são: inferência arbitrária, abstração seletiva, supergeneralização, maximização/minimização, personalização e pensamento absolutista (BECK *et al.*, 1997).

Segundo Wright, Basco e Thase (2008), a inferência arbitrária ocorre quando o indivíduo tende a chegar a uma determinada conclusão com base em evidências contraditórias ou mesmo sem evidências. Já a abstração seletiva ocorre quando o sujeito tende a chegar a uma

determinada conclusão levando em consideração apenas uma parte das informações disponíveis em busca de confirmar sua visão tendenciosa sobre a situação.

Ainda segundo os mesmos autores, a supergeneralização ocorre quando o indivíduo tende a chegar a uma conclusão sobre determinada situação e generalizar essa conclusão a demais áreas de funcionamento, de forma ilógica e disfuncional, enquanto que a maximização/minimização refere-se à tendência do indivíduo de aumentar ou diminuir a relevância de uma sensação, evento ou atributo (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Por fim, a personalização ocorre quando o indivíduo tende a atribuir a si mesmo a culpa ou responsabilidade por eventos externos, geralmente de caráter negativo, enquanto o pensamento absolutista refere-se à tendência do indivíduo de julgar a si próprio, suas experiências pessoais ou com os outros de forma extrema como, por exemplo, acreditando que só se pode ser totalmente mau ou totalmente bom, desconsiderando a existência de um meio-termo (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

No emprego da TCC no tratamento dos transtornos mentais, inclusive a depressão, muitas técnicas cognitivas e comportamentais são utilizadas e destinam-se a identificar, testar e corrigir distorções e crenças (esquemas) subjacentes a essas cognições. As técnicas cognitivas são intervenções úteis para trabalhar a tendência dos pacientes deprimidos a formular inferências incorretas/disfuncionais quanto a acontecimentos específicos; o objetivo desse tipo de técnica é fornecer portas de entrada para a organização cognitiva do indivíduo (BECK *et al.*, 1997).

Já as técnicas comportamentais são utilizadas principalmente com pacientes gravemente deprimidos, com o objetivo de modificar comportamentos, flexibilizar cognições associadas a comportamentos específicos e suposições inadaptativas; essas técnicas também são úteis para tirar o paciente da inativação e colocá-lo em direção a atividades construtivas (BECK *et al.*, 1997).

Para se construir um tratamento com base na TCC para pacientes com quadros de depressão, faz-se importante que três etapas estejam presentes em tal tratamento: a) focar os pensamentos automáticos e esquemas deprimidos; b) focar a personalidade do paciente ao se estabelecer um relacionamento com outras pessoas; e, por fim, c) alterar certas ações e comportamentos visando conseguir um melhor enfrentamento da situação vivida (LEAHY, 2003).

Para que isso aconteça, é necessário que haja a participação ativa do paciente ao longo do tratamento, uma vez que a identificação de distorções nos pensamentos, o reconhecimento

dos pensamentos negativos, bem como o encontro de novos pensamentos mais ligados à realidade; são ações essenciais para que o tratamento tenha êxito. Esse processo é chamado de Reestruturação Cognitiva (BECK, 1995).

Tendo em vista a complexidade do ser humano, a conjuntura irreplicável de sua experiência de vida, bem como os fatores biopsicossociais que são inerentes a este, é possível que os psicólogos se deparem, não raramente, com outros tipos de transtornos ou patologias associados à depressão. É o caso de parte dos quadros depressivos que vêm relacionados a cardiopatias, diabetes, distúrbios da glândula tireoide, doenças renais, dor crônica e obesidade (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Dado isso, ponderar a coexistência de tais patologias e transtornos podem fazer com que o tratamento da depressão possa ser melhor direcionado e conduzido, com o intuito de desenvolver um tratamento ainda mais contextualizado, participativo, e integrado ao paciente (MARKOWITZ; FRIEDMAN; ARENT, 2008).

A TCC, ao ser empregada no tratamento da depressão relacionada à obesidade, especificamente, pode se direcionar a dar atenção não apenas a sua demanda principal, a depressão, como também a certas singularidades comportamentais, cognitivas e emocionais que a obesidade pode vir a acarretar, dado que estas podem estar relacionadas ao quadro depressivo (MARKOWITZ; FRIEDMAN; ARENT, 2008).

Assim, ao tratar os aspectos da obesidade que influenciaram, agravaram ou desencadearam o quadro depressivo, o terapeuta poderá alcançar resultados positivos no tratamento do paciente. O agravamento do quadro depressivo pela obesidade pode ocorrer por diversos fatores que se dividem entre diretos e indiretos. Os diretos dizem respeito à desregulação hormonal e, os indiretos podem ser classificados em: a) adesão ao tratamento; b) desregulação e compulsão alimentar; c) pensamentos negativos e, por fim, d) auxílio reduzido para enfrentamento (MARKOWITZ; FRIEDMAN; ARENT, 2008).

Além dos fatores diretos e indiretos mencionados acima que podem dificultar o tratamento de pessoas depressivas e com obesidade, é muito importante compreendermos uma outra variável nesse processo complexo de alguém com quadro depressivo e com obesidade: a autopercepção da imagem, bem como de que forma essa autopercepção pode influenciar no tratamento da depressão. Isso porque, ainda que haja um movimento crescente aceitação do

corpo obeso, a existência do preconceito com pessoas acima do peso ainda é relevante. Tal preconceito, ao precarizar o relacionamento da pessoa obesa com outras pessoas, faz com que ela possa instituir em si sentimentos de rejeição, inferioridade e tristeza (FRIEDMAN; BROWNELL, 1995).

Desse modo, o preconceito explícito e implícito, a autopercepção do corpo, coexistindo com a limitação física que a pessoa obesa enfrenta em seu dia a dia para se movimentar, se acomodar e se locomover no transporte público, reunir-se com os amigos, entre outras situações; fazem com que sentimentos de fracasso, inferioridade e tristeza já refletidos pelo quadro depressivo sejam ainda maiores (FRIEDMAN; BROWNELL, 1995).

Outro fator importante a se mencionar no tratamento de um paciente depressivo que enfrenta a obesidade é o sentimento de fracasso e impotência causados pela dieta. Tal sentimento pode ocorrer por dois fatores: as consequências da dieta devido à restrição calórica e ao seu próprio cumprimento, enquanto desafio proposto ou imposto em sua vida (LAEDERACH-HOFFMAN; KUPFERSCHMID; MUSSGAY, 2002).

A redução calórica na dieta, por exemplo, pode levar a uma piora de humor, uma vez que essa pode estar ligada à irritabilidade, seja por fatores biológicos, ou mesmo psicológicos (LAEDERACH-HOFFMAN; KUPFERSCHMID; MUSSGAY, 2002). Um estudo nesse sentido mostrou que mulheres obesas com histórico de depressão apresentaram problemas nos níveis de serotonina em resposta a dietas realizadas ao longo da vida (SMITH; WILLIAMS; COWEN, 2000).

Outro fator supramencionado em consonância com o explanado é sobre a dieta enquanto desafio para a própria vida. Isso acontece, pois, uma vez que a dieta é proposta ou imposta, várias mudanças alimentares abruptas são realizadas, seja pela restrição dos alimentos permitidos, pelos horários propostos para se alimentar, ou mesmo pela menor quantidade permitida ao longo do dia (MARLATT; GORDON, 2005).

Ainda na área de alimentação, considerando o dia a dia do paciente com quadro depressivo e obesidade, é necessário também levar em consideração se este faz uso da comida para o alívio de sintomas depressivos. Caso isso ocorra, então a privação de comida no tratamento pode contribuir para a disforia, ocasionando em resultados abaixo do esperado no tratamento da depressão. Assim sendo, para se tratar a depressão em pacientes obesos,

algumas peculiaridades devem ser consideradas a fim de moldar o tratamento da melhor forma possível, sem deixar de considerar o paciente em sua totalidade (MARKOWITZ; FRIEDMAN; ARENT, 2008).

A ativação comportamental, por exemplo, é uma possibilidade de se conduzir o início de um tratamento da depressão em pacientes obesos, não apenas com atividades relacionadas diretamente a uma mobilização do paciente rumo a coisas que este gostava de fazer antes de sentir deprimido, como também a atividades que possam o estimular a se movimentar, como a prática de esporte (MARKOWITZ; FRIEDMAN; ARENT, 2008).

Por outro lado, por mais que a prática de esportes e exercícios físicos possam causar um bem estar que levem o paciente depressivo a se sentir melhor, é importante que isso seja feito de forma gradual para que haja uma maior adesão de alguém ainda não habituado a se exercitar. Assim, pequenas caminhadas ou práticas esportivas de baixa intensidade por um curto espaço de tempo, até mesmo realizadas em grupo, podem, além de levar o paciente a retornar ao convívio social, fazer com que se priorize ações que o auxiliem a perda de peso de forma gradual, visando médio e longo prazos (MARKOWITZ; FRIEDMAN; ARENT, 2008).

Entretanto, devemos salientar que a TCC enfatiza a colaboração e a participação ativa do paciente nas sessões. Desta forma, todas as intervenções serão planejadas de forma conjunta, com paciente e terapeuta trabalhando como equipe (BECK, 2022).

Além da importância de se utilizar a ativação comportamental, outro fator igualmente importante de se focar durante o início do tratamento da depressão em pacientes obesos é o estresse. Para Manber, Allen e Morris (2002), o gerenciamento dessa condição na vida do paciente é de grande valia tanto para o tratamento e remissão da depressão, quanto da obesidade.

Quando relacionado à depressão, o estresse, especificamente, pode se tornar um obstáculo relevante em seu tratamento, uma vez que o tempo desse tratamento pode se estender, bem como aumentar as chances de recaída pós-tratamento. Já no caso da obesidade, o estresse contribui não apenas para pacientes terem dificuldades de perderem peso, como também para a manutenção de gorduras viscerais (MUNNELLY; FEEHAN, 2002).

Dessa maneira, estratégias para diminuir o estresse do paciente em tratamento da depressão devem ser inseridas a fim de contribuir tanto para seu quadro depressivo, quanto para

sua obesidade. Tais ações podem ser propostas para o paciente, de acordo com momentos específicos que o deixam com humor mais deprimido, para se atuar em prol do tratamento (MUNNELLY; FEEHAN, 2002).

De acordo com Fava (2000), um grande desafio no tratamento da depressão em pacientes obesos é a medicação de antidepressivos. Isso porque vários deles podem resultar, como efeito colateral, no ganho de peso, afetando, assim, o tratamento conjunto. Assim, a busca por ações suplementares para o abrandamento de sintomas depressivos deve ser utilizada sempre que possível para reduzir o tempo de exposição do paciente a fármacos para abrandamento depressivo (FAVA, 2002).

Tosetto e Simeão Júnior (2008), docentes da USP e UNESP, respectivamente, também apontaram para o caminho da existência da correlação entre depressão e obesidade. Além disso, segundo os autores, o exercício físico é um aliado tanto para depressão, quanto para obesidade por sua capacidade de propiciar uma vida mais ativa, bem como auxiliar no tratamento por meio da ativação comportamental.

Corroborando ainda a ideia da conexão entre depressão e obesidade, Sônia Martins (2012), médica interna de Medicina Geral e Familiar, em Coimbra, por meio de um estudo realizado, encontrou resultados direcionados à necessidade de se ter uma atenção especial no tratamento da depressão em pacientes obesos. Isso porque além da mudança hormonal provocada pela depressão ser um fator de manutenção ou agravamento para a obesidade, os antidepressivos em geral tendem a facilitar o ganho de peso.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado nos capítulos presentes neste artigo foi possível compreender a base conceitual de obesidade, depressão e da TCC, seus contextos históricos e científicos. Além disso, foi possível, por meio de estudos de associação científica, compreender que não há doenças ou transtornos que existem isolados na vida das pessoas e que estes, frequentemente, podem ser causados ou causadores de outras comorbidades em pacientes, como vimos no caso de obesos crônicos acometidos pela depressão.

Tendo em vista a contemporaneidade da ascendência mútua do número de casos de obesidade e de depressão, bem como a correlação existente entre ambas as patologias, concluímos que o material de pesquisa disponível é, muitas vezes, encontrado de forma separada para obesidade e depressão. Entretanto, partindo do pressuposto de uma compreensão do ser humano em sua totalidade, nas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, faz-se necessário não desconsiderarmos as possíveis repercussões psicológicas que podem estar envolvidas com a obesidade, a fim de garantir um tratamento eficaz e humanizado para o paciente.

Assim, em nossa discussão, ao debruçarmo-nos sobre a compreensão do tratamento da depressão em pacientes obesos, pudemos evidenciar a possibilidade de se guiar o tratamento do TDM rumo a um caminho que possa contribuir também, de alguma forma, para a obesidade, por meio de técnicas, como a da ativação comportamental.

Por fim, na busca por desvelar conceitos de obesidade crônica e depressão, bem como suas inter-relações, nosso estudo empenhou-se em compreender como a TCC pode auxiliar no tratamento da depressão em pessoas com obesidade, buscando apontar as singularidades e os pontos específicos que o terapeuta deve se atentar, em busca de oferecer um tratamento integral, que possa alcançar bons resultados.

Para futuras pesquisas, recomendamos a realização de pesquisas de campo, com métodos pré-definidos para que o tratamento da depressão em pacientes obesos possa ser aplicado em um maior número de indivíduos, a fim de gerar bem estar para a vida de mais pessoas que passam por esta situação.

Além disso, recomendamos a tradução de artigos, capítulos de livros científicos, bem como livros completos para a língua portuguesa sobre pesquisas da relação entre depressão e obesidade e seus possíveis tratamentos, a fim de viabilizar mais pesquisadores brasileiros se adentrarem ao tema, já que por vezes a pontualidade temática era encontrada por nós em estudos da língua inglesa.

ABSTRACT: This research aims to study how the cognitive-behavioral therapy (CBT) is able to treat depression in obese patients. Considering the existence of techniques that can treat both pathologies separately, we used the studies which contributed to the treatment based on the CBT to patients with depression and obesity. Supported on authors such as Barbosa (2011), Solomon

(2002) and Beck (2022), the qualitative bibliographic research was adopted as the main work methodology using scientific articles on the database of Google Scholar, SciELO and PePSIC, in sum to official data, considering a temporal cut from 1995 to 2022. In the results of our research, we found through the CBT the possibility to realize the treatment in an efficient way of patients with depression and chronic obesity, in order to help them not only to mitigate the depressed humor, as well as the overweight, through techniques, as the behavioral activation.

Key-words: Obesity. Depression. Cognitive-Behavioral Therapy.

REFERÊNCIAS

- ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica). **Pesquisadores analisam relação entre obesidade e depressão**, 4. ed. São Paulo: ABESO; 2017
- AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019: atenção primária foi bem avaliada**. 2020.
- APA, American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AZEVEDO, Maria Alice Salvador Busuto de; SPADOTTO, Cleunice. Estudos psicológico da obesidade: dois casos clínicos. **Temas em Psicologia da Sbp**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 127-144, jun. 2004.
- BARBOSA, M. R., MATOS, P. M., & COSTA, M. E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**, v. 1, n. 23, p. 24-34, jun. 2011
- BARROS FILHO, Antônio A. Um quebra-cabeça chamado obesidade. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 80, n. 1, p. 1-3, jun. 2004.
- BECK A. **The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective**. Arch Gen Psychiatry. v. 6, n. 62, 2005.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, GARY. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Trad. Vera Ribeiro. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BECK, J. S. **Cognitive Therapy: basics and beyond**. New York: The Guilford Press, 1995.
- _____. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Trad. Sandra Maria Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica: estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica – obesidade**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CANCLINI, N. G. **Consumidores e cidadãos**: conflitos multiculturais da globalização. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

CIZIL, M. J.; BELUCO, A. C. R. As contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão. **Revista Uningá**, v. 56, n. 1, p. 33 - 42, 2019.

CORDÁS, T. A. **Depressão**: da bile negra aos neurotransmissores. Uma introdução histórica. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

DIAS, Patricia Camacho; HENRIQUES, Patrícia; ANJOS, Luiz Antonio dos; BURLANDY, Luciene. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-12, jun. 2017.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FAVA, M. Weight gain and antidepressants. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 61, p. 37– 41, 2000.

FONSECA, Márcia Alexandra Cruz. **Terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão**. 2018. 29 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade da Beira Interior, Corvilhã, 2018.

FRIEDMAN, M. A; BROWNELL, K. D. Psychological correlates of obesity: Moving on to the next generation of research. **Psychological Bulletin**, v. 117, p. 3-20, 1995.

GONÇALES, C. A. V.; MACHADO, A. L. Depressão, o mal do século: de que século? **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, pp. 298-304, abr./jun. 2007.

HALPERN, Alfredo. A epidemia de Obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 175-177, jun. 1999.

LAEDERACH-HOFFMAN, K.; KUPFERSCHMID, S.; MUSSGAY, L. Links between body mass index, total body fat, cholesterol, high-density lipoprotein, and insulin sensitivity in patients with obesity related to depression, anger, and anxiety. **International Journal of Eating Disorders**, ed. 32, p. 58–71, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LEAHY, R.L. **Cognitive therapy techniques**: a practitioner's guide. New York: Guilford Press, 2003.

LORENA, Fernanda B.; NASCIMENTO, Bruna P. P do; CAMARGO, Esther L. R. A.; BERNARDI, Maria M.; FUKUSHIMA, André R.; PANIZZA, Julia do N.; NOGUEIRA, Paula de B.; BRANDÃO, Marllós E. S.; RIBEIRO, Miriam O. Long-term obesity is associated with depression and neuroinflammation. **Archives Of Endocrinology And Metabolism**, [s. l.], v. 5, n. 65, p. 537-548, jan. 2021.

MACEDO, Tassia Teles Santana de; PORTELA, Pollyana Pereira; PALAMIRA, Cátia Suely; MUSSI, Fernanda Carneiro. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 505-510, set. 2015.

MANBER, R., ALLEN, J. J.; MORRIS, M. M. **Alternative treatments for depression: Empirical support and relevance to women.** **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 63, p. 628–640, 2002.

MARKOWITZ S.; FRIEDMAN M. A; ARENT S. M. Understanding the relation between obesity and depression: Causal mechanisms and implications for treatment. **Clinical Psychology: Science and Practice**; v.1, n. 15, p. 1–20, 2008.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.** New York: Guilford Press, 2005.

MARTINS, G. A; PINTO, R. L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos.** São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, Sónia. **O peso da mente feminina: associação entre obesidade e depressão.** **Rev Port Med Geral Fam**, v. 28, p. 1630-166, 2012.

MATOS, A. C. S.; OLIVEIRA, I. R. de. Terapia cognitivo-comportamental da depressão: Relato de caso. **Revista De Ciências Médicas E Biológicas**, v. 4, n. 12, p. 512–519, 2014.

MELCA, I. A.; FORTES, S. Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 1, n. 13, p. 18-25, 2014.

MORAES, Angela Maria Lessa de. **A PERCEPÇÃO DE PACIENTES OBESOS COM DEPRESSÃO SOBRE OS FATORES ENVOLVIDOS NA MANUTENÇÃO DA OBESIDADE: uma investigação no programa saúde da família - Iapa.** 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

MUNNELLY, P.; FEEHAN, S. An obesity clinic model. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 61, p. 9–10, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Geneva: World Health Organization, 2000.

RIBEIRO, P. R. M. Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico. **J bras Psiq.** v. 2, n. 48 p.53-60, 1999.

RUPKE, S. H., BLECKE D., & RENFROW, M. Cognitive therapy for depression. **American Family Physician**, v. 1, n. 7, p. 83-86, 2006.

SANTA CLARA, Carlos José da Silva. **Melancolia**: da antiguidade à modernidade - uma breve análise histórica. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 13, 2009.

SILVA, Ana Márcia. Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional. **Cadernos Cedes**, São Paulo, p. 7-29, ago. 1999.

SMITH, K. A.; WILLIAMS, C.; COWEN, P. J. Impaired regulation of brain serotonin function during dieting in women recovered from depression. **British Journal of Psychiatry**, ed. 176, p. 72-75, 2000.

SOLOMON A. **O demônio do meio-dia**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

TENG, C.T.; HUMES, E.C.; DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiq. Clín.** v. 3, n. 32; p. 149-159, 2005.

TOSETTO, Ana P.; SIMEÃO JUNIOR, Carlos A. Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. **Rev. Medicina USP**, v. 4, n. 41, p. 497-507, 2008.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (São Paulo). **Visão sobre depressão sofreu transformações ao longo da história**. 2017.

WANNMACHER, Lenita. **Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas**, 2000.

WENZEL, Amy. **Inovações em Terapia Cognitivo-Comportamental: Intervenções estratégicas para uma nova prática criativa**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

WRIGHT, Jesse H; BASCO, Monica R; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YOUNG, J. E.; RYGH, J. L.; WEINBERGER, A. D.; BECK, A. T. Terapia cognitiva para depressão. In: **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. [Org.], David H. Barlow. Trad: Roberto C. Costa – 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.