

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO PSICOLOGIA

ALINE FERREIRA DE OLIVEIRA

**A INFLUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE BASE ANALÍTICO-
COMPORTAMENTAL NA MANUTENÇÃO DO PESO-META EM PESSOAS QUE
PASSAM PELA CIRURGIA BARIÁTRICA**

São Luís

2021

ALINE FERREIRA DE OLIVEIRA

**A INFLUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE BASE ANALÍTICO
COMPORTAMENTAL NA MANUTENÇÃO DO PESO-META EM PESSOAS QUE
PASSAM PELA CIRURGIA BARIÁTRICA.**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Profa. Ma. Regienne Maria Paiva Abreu Oliveira Peixoto.

São Luís

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Oliveira, Aline Ferreira de

A influência do acompanhamento psicológico de base analítico-comportamental na manutenção do peso-meta em pessoas que passam pela cirurgia bariátrica. / Aline Ferreira de Oliveira. __ São Luís, 2021. 69 f.

Orientador: Prof^a. Ma. Regienne M^a. P. Abreu Oliveira Peixoto.
Monografia (Graduação em Psicologia) - Curso de Psicologia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2021.

1. Behaviorismo radical. 2. Acompanhamento psicológico. 3. Cirurgia bariátrica. I. Título.

CDU 159.9.019.4

ALINE FERREIRA DE OLIVEIRA

**A INFLUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE BASE ANALÍTICO
COMPORTAMENTAL NA MANUTENÇÃO DO PESO-META EM PESSOAS QUE
PASSAM PELA CIRURGIA BARIÁTRICA.**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Ma. Regienne Maria Paiva Abreu Oliveira Peixoto
Mestra em Teoria e Pesquisa do Comportamento (UFPA)
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Dra. Ilara Nogueira da Cruz Pereira
Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento (UFPA)
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Psi. Ma. Thaís Carvalho Almeida
Mestra em Psicologia - UFMA
Consultório Particular

Dedico este trabalho ao meu filho,
Gustavo Ferreira de Oliveira, e ao meu
esposo, Fábio Gomes de Oliveira.
Vocês foram meu porto seguro nessa
trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me ajudar nessa caminhada, renovando minha fé, me ajudando a superar os obstáculos encontrados ao longo do curso. Agradeço por sempre colocar em meu caminho pessoas especiais.

Ao meu esposo, Fábio Gomes de Oliveira, por me proporcionar realizar o sonho de cursar Psicologia em um momento atípico da minha vida. Obrigada por compreender minha ausência em muitos momentos ao longo destes 5 anos. Muito obrigada pelo café e pela companhia em muitas madrugadas em que eu estava estudando. Obrigada por ser esse pai maravilhoso, que se desdobrou para fazer com que nosso filho sentisse o mínimo possível minha ausência. Você é a minha pessoa.

Ao meu filho, Gustavo Ferreira de Oliveira, que compreendeu em muitos momentos a minha ausência por obrigações acadêmicas, que sempre dizia “vai ficar tudo bem” quando eu estava desesperada com prazos que eu achava que não daria conta. Seu sorriso sempre recarrega minha energia.

À minha mãe, Deusamar Ferreira de Oliveira, a maior mestra da minha vida, que sempre me incentivou a estudar, e sempre me manteve na fé.

À minha orientadora, Regienne Maria Paiva Abreu Oliveira Peixoto, que esteve comigo ao longo desta pesquisa, realizando todas as pontuações de forma assertiva. Obrigada por sua flexibilidade cirúrgica com os prazos, e pelo acolhimento diante de contingências desafiadoras. Gratidão!!

A todos os docentes do curso de Psicologia da UNDB, inclusive os que já não estão mais na grade, que dividiram seu conhecimento, sempre nos instigando a fazer uma reflexão crítica, para dar continuidade ao conhecimento científico e levar esse conhecimento fora dos muros da academia, compartilhando com a sociedade.

Aos discentes do curso, que trajetória valente meus caros. Muito Obrigada pelo acolhimento diante de tantos desafios, compartilhando as mesmas expectativas. Um agradecimento especial a Mariane de Araújo Azevedo, Mário Henrique Mendes Araújo, Jéssica Pinheiro Nunes, e Suê Elizabeth Cardoso da Silva, que estiveram comigo, vivenciando e vibrando com cada etapa vencida nessa trajetória.

E por fim, agradeço todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

“Os principais problemas enfrentados hoje pelo mundo só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa compreensão do comportamento humano.” (Skinner, 1974, p. 8)

RESUMO

O paciente bariátrico nem sempre consegue manter o peso-meta a longo prazo decorrente de comportamentos que podem comprometer o sucesso deste procedimento, ainda que com cirurgia tenha conseguido reduzir uma grande quantidade do seu peso. Todavia, o acompanhamento psicológico auxilia quanto ao autoconhecimento para que o paciente possa ter autocontrole e mudanças de hábitos a partir das intervenções que podem ser realizadas no *setting* terapêutico. O presente artigo foi uma revisão narrativa de literatura, de caráter aplicada, qualitativa, explicativa. Tendo como base teórica o Behaviorismo Radical, buscou analisar as causas e consequências do reganho de peso das pessoas pós-cirurgia bariátrica, e foi possível constatar que a terapia analítico-comportamental pode contribuir nesse processo de manutenção do peso-meta.

Palavras-chaves: Acompanhamento Psicológico. Cirurgia bariátrica. Behaviorismo Radical. Terapia Analítico-Comportamental.

ABSTRACT

The post-bariatric patient is not always able to maintain the goal weight in the long term due to bad behaviors, even with surgery this patient has managed to reduce a large amount of his weight. However, psychological support helps with self-knowledge so that the patient can have self-control and habits changes from interventions that can be performed in the therapeutic setting. The present article was a narrative review from literature, of an applied, qualitative, explanatory character. Having the Radical Behaviorism as a theoretical basis, seeking to analyze the causes and consequences of weight regain in people post-bariatric surgery, where it was possible to verify that analytical-behavioral therapies can contribute in this process of maintaining the goal weight.

Keywords: Psychological Support. Bariatric surgery. Radical Behaviorism. Behavioral-Analytical Therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fórmula para diagnóstico de obesidade	22
Figura 2 - Tabela para verificação do diagnóstico de obesidade	22
Figura 3 - Procedimentos cirúrgicos	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira de Estudos da Obesidade e Síndrome Metabólica
CFM	Conselho Federal de Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
TMB	Taxa Metabólica Basal
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
AD	Alimentação Descontrolada
CR	Limitações Cognitivas
AE	Alimentação Emocional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBESIDADE	18
2.1 Fatores etiológicos da obesidade	19
2.2 Níveis de obesidade	21
2.3 Cirurgia bariátrica	23
2.3.1 Atuação multiprofissional junto ao paciente bariátrico	24
2.3.2 As técnicas cirúrgicas praticadas atualmente	26
2.3.3 Pós-Operatório e a nova dieta	29
2.3.4 Reganho de Peso	30
3 TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL	34
3.1 Visão de homem no Behaviorismo Radical	34
4 O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO E A CIRURCIA BARIÁTRICA.....	38
4.1 Comportamento, ambiente e função no contexto bariátrico	40
4.2 Estratégias de intervenção da Terapia Analítico-Comportamental e o manejo de comportamentos saudáveis e problema	43
4.2.1 Análise Funcional	44
4.2.1.1 Análise Funcional Molecular	44
4.2.1.2 Análise Funcional Molar	46
4.2.2 Modelagem	48
4.2.3 Desenvolvimento de variabilidade comportamental	50
4.2.4 Regras e Autorregras	51
4.3 Liberdade e autocontrole na vida pós-bariátrica	53
4.3.1. Liberdade como sentimento	54
4.3.2 Liberdade como diminuição ou eliminação da coerção	54
4.3.2.1 Liberdade como autocontrole	55
4.3.3 Autocontrole na vida pós bariátrica	56
4.3.4 O papel da relação terapêutica	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a obesidade tem sido considerada uma questão de saúde pública mundial. Segundo a Associação Brasileira de Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO¹ “A Organização Mundial de Saúde afirma que em 2025, a estimativa é de que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade” (ABESO, 2020).

Os dados sobre a obesidade vêm aumentando nos últimos anos, Dias *et al.* (2017, p.1) afirma que o tema vem sendo alvo para criação de políticas públicas nos últimos 15 anos, com ações diretas do Ministério da Saúde por meio do Sistema Único de Saúde-SUS. Sendo uma patologia severa, traz consigo outras possibilidades de doenças para quem tem predisposição genética ou simplesmente pelo aumento desordenado de peso, que afetam a produtividade, a autoestima e o risco de depressão aumentado entre pessoas obesas (FRANÇA *et al.*, 2014).

Com tantos casos de insucessos, a ciência médica buscou desenvolver um tratamento via intervenção cirúrgica afirma Marcelino e Patrício (2011, p. 4770), a cirurgia bariátrica surgiu como o tratamento mais eficaz na eliminação e manutenção de peso para pessoas com obesidade mórbida em 1970, e que no Brasil “passou a ser realizada em maior escala em 2000, quando os planos de saúde particulares e a rede pública passaram a custear o procedimento”. Esses autores apresentam ainda que, anteriormente, os tratamentos utilizados para obesidade eram a reeducação alimentar e a atividade física, e ainda com a possibilidade do tratamento medicamentoso, fazendo uso de moderadores de apetite.

O Brasil está em segundo lugar no ranking mundial de cirurgias bariátricas, atrás somente dos Estados Unidos. Foram 300 mil procedimentos no mundo em 2010, sendo que 64,04 mil deles aconteceram no Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica-SBCBM². O SUS possui filas de espera de quase 10 anos, tendo um aumento de cirurgias de 23% entre 2007 e 2009, e nos hospitais

¹ ABESO é a Associação Brasileira de Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, uma entidade multidisciplinar sem fins lucrativos que reúne profissionais de saúde espalhados no mundo, de diversas áreas, dedicados ao estudo e ao tratamento da obesidade, da síndrome metabólica e dos transtornos alimentares.

²Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - é uma entidade sem fins lucrativos que visa reunir os maiores experts no tratamento cirúrgico da obesidade e das doenças metabólicas, promover atualização científica constante aos membros associados e levar informação de qualidade aos pacientes.

vinculados ao SUS, entre 2001 e 2010 houve um aumento de 800% (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

O Ministério da Saúde recomenda que seja realizado um acompanhamento multiprofissional e sistemático aos indivíduos que se submetem ao tratamento cirúrgico, enfatizando que: “A realização correta e eficaz da intervenção cirúrgica indicada não impede futuro ganho de peso se não houver o devido acompanhamento e disciplina no tratamento” (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011). Nos casos de obesidade mórbida, a complexidade do tratamento é aumentada por envolver a necessidade de mudanças comportamentais do indivíduo com metas altas de redução de peso e a não adesão em longo prazo, e a necessidade de um acompanhamento psicoterapêutico para auxiliar no processo de mudanças no estilo de vida dos indivíduos (FRANÇA *et al.*, 2014).

A Psicologia se faz necessária no acompanhamento do paciente pré-operatório, afirma Costa (2014, p. 273). Ele diz ainda que, existem algumas categorias importantes a serem trabalhadas: “transmissão de informações, incentivo à autonomia do paciente, disponibilização de apoio social, atuação em equipe multidisciplinar, etc. [...] por intervenções que visavam informar sobre o procedimento cirúrgico e o processo de recuperação”.

Ainda refletindo sobre o período pré-cirúrgico, há a necessidade de conhecer as variáveis dos aspectos emocionais, cognitivos e sociais que possam prepará-lo para um sucesso operatório. Uma possibilidade de intervenção é realizar a psicoeducação para conscientizar o paciente que, após a cirurgia, este deve dar continuidade ao tratamento levando em consideração, além dos aspectos citados anteriormente, o novo estilo de vida que ele deverá seguir e os impactos de tantas mudanças no seu dia a dia (FRANÇA *et al.*, 2014).

Alguns dos fatores que podem dificultar o alcance e a manutenção do peso meta segundo Bastos *et al.* (2013, p.27) são: fuga/esquiva (o não enfrentamento de problemas relacionados ao peso e alimentação) e a não adesão a um novo estilo de vida (exercício físico, acompanhamento médico, suplementação). Paegle (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2014) afirma que: “o paciente deve estar preparado e disposto a mudar o estilo de vida para ter assegurada sua capacidade de tolerância a essa nova rotina, e ser estimulado a reconstruir sua confiança”.

Considerando a importância de um acompanhamento psicológico para viabilizar todas essas mudanças já mencionadas. A Análise do Comportamento,

segundo Skinner (2003), propõe um modelo de intervenção, no qual é levado em consideração o sujeito se comportando em relação a um contexto, focando objetivamente em comportamentos a serem modificados e a serem fortalecidos, a partir das noções de reforço, modelagem e outros princípios comportamentais, com intuito de promover uma melhor adaptação do sujeito ao seu meio, quanto as mudanças comportamentais pós-cirúrgica e implicações que o acompanharão por toda a vida, configurando uma mudança significativa em seu estilo de vida.

A partir do acompanhamento psicológico, A capacidade de mudança no estilo de vida da pessoa, ou seja, da forma de comportar-se, e as condições as quais favorecem determinadas formas de se comportar, podem ser elucidadas por um acompanhamento psicológico, à luz da análise do comportamento, de forma a trazer a pessoa uma percepção sobre sua forma de agir no mundo e como este mundo age com ela. Através de uma análise da sua história de vida e, conseqüentemente, de seus comportamentos, pode-se descobrir quais as funções que estes comportamentos trazem para o mesmo e o porquê de estes serem recorrentes ou evitados.

O acompanhamento psicológico pode propiciar a este indivíduo, portanto, um olhar sobre suas ações e as contingências que o permeiam, proporcionando um autoconhecimento e assim, permitindo a este indivíduo uma forma de agir que beneficie sua vida, fazendo com que suas escolhas sejam mais conscientes. Dessa forma, este acompanhamento torna-se um meio o qual permite ao indivíduo no pré e pós-cirúrgico da bariátrica, possa ter uma interação com o ambiente de forma que favoreça um prognóstico favorável e a manutenção de comportamentos saudáveis.

O acompanhamento psicológico sendo um tratamento importante para a manutenção do peso-meta do paciente bariátrico, considera as emoções, os pensamentos, as relações, como fatores relevantes para a saúde mental destes pacientes. Considerando as limitações próprias do contexto clínico, a terapia analítico-comportamental busca adaptar o andamento de uma pesquisa científica, sendo necessário definir alguns passos para a sua condução, conforme cita Quinta (*apud* NERY; FONSECA, 2018, p. 49):

“definir operacionalmente os comportamentos; manipular variáveis e realizar intervenções de forma sistemática; avaliar de forma isolada o efeito das intervenções, etc.”

Desta forma, dar-se-á movimento aos objetivos terapêuticos que farão com que o comportamento em trabalho aumente ou diminua de frequência. Assim, na manutenção do peso após o processo cirúrgico no objetivo terapêutico, observa-se uma narrativa que costuma atribuir total responsabilidade de sucesso ao procedimento cirúrgico na mudança de vida que o indivíduo almeja. A cirurgia em si faz seu papel em nível biológico, porém, o indivíduo não se reduz a este aspecto.

Skinner (2007a) pontua que, o comportamento é multideterminado em três níveis de variação e seleção (filogênese, ontogênese e cultura), que interagem entre si na determinação do comportamento, e que, portanto, não se pode considerar apenas um desses níveis isoladamente ao pensar em comportamento que se deseja manter ou modificar. Sendo assim, é preciso que os fatores biológicos interajam com os fatores individuais e culturais, e a psicoterapia age exatamente no segundo nível.

Consonante com a noção Skinneriana de comportamento operante, as mudanças necessárias para manutenção do peso meta e a evitação do reganho de peso implicarão em alterações no meio físico e social de comportamento e do estilo de vida que o indivíduo pós-cirúrgico necessitará passar, implicam também em alterações em seu ambiente físico e social. Se antes esse indivíduo estava inserido, por exemplo, na sessão de roupas para pessoas obesas, agora ele irá frequentar diferentes espaços que não mais os anteriores e essa mudança, em sua esfera de contingências, acarretará impactos no comportamento público e privado do indivíduo e no meio no qual ele vive (SKINNER, 2003).

O padrão de comportamento alimentar anteriormente apresentado por esse indivíduo, agora terá que sofrer readaptações. Um alto consumo de calorias, sedentarismo, dentre outros comportamentos, após a cirurgia, tornar-se-ão prejudiciais à manutenção do peso. Por isso, deve-se levar em consideração que um indivíduo, o qual passou vários anos apresentando esse repertório, deve ser acompanhado por um profissional da Psicologia antes e após a bariátrica, considerando-se que a obesidade é uma condição sujeita a discriminação, preconceito, etc., o que potencializa o envolvimento do sujeito em contingências aversivas de diversas ordens (JUSTINO *et al.*, 2018). Percebe-se que alimentar-se tem mais que somente a função de nutrir-se. A comida é um reforçador

incondicionado³, porém pode assumir função de reforçadores condicionados e reforçadores condicionados generalizados, à medida que ela se associa a outros eventos não somente relacionados aos aspectos nutritivos. Isso faz com que o comportamento de comer tenha uma função muito mais abrangente no repertório do indivíduo, ultrapassando uma necessidade biológica, como por exemplo, comer como uma estratégia para aliviar estresse, engajar-se em relações. Portanto, o alimento, principalmente os hipercalóricos capazes de reforçar padrões comportamentais de compulsão alimentar no indivíduo, o qual a literatura já comprova (JUSTINO *et al.*, 2018).

As mudanças que vão ocorrendo não podem levar em consideração apenas um contexto específico. Brandenburg e Weber (2005, p. 91-92) comentam sobre a teoria de Skinner (1982) dizendo que: “O autoconhecimento é definido como comportamento verbal descritivo que permite a liberdade. Esta é a relação entre os dois conceitos, para o indivíduo controlar seu próprio comportamento precisa necessariamente se autoconhecer”. Logo, mesmo que haja padrões semelhantes topograficamente em diferentes pacientes obesos, deve-se levar em consideração a função desses comportamentos, e a função do comer não é igual para todas as pessoas.

Mesmo tendo a topografia parecida, pessoas com comportamentos não saudáveis, individualmente, poderão observar um gatilho próprio. Nesse sentido, o acompanhamento psicológico desse paciente deve ser realizado levando em consideração as contingências próprias da história de vida de cada um. Marçal (2010, p.32) reforça que: “o terapeuta vai considerar a pessoa como uma unidade biológica que vem interagindo com o ambiente desde a sua existência”, ou seja, o organismo responde em uma relação funcional com o ambiente, na qual essa resposta é influenciada tanto pelas relações passadas, quanto pelas relações atuais.

É importante ressaltar que estudos apontam que pessoas submetidas à cirurgia bariátrica podem fazer avaliações equivocadas das relações entre as variáveis que determinam o seu comportamento, como por exemplo, acreditar que seus problemas emocionais, sociais, profissionais, dentre outros irão sumir somente pela

³ Reforço Incondicionado são estímulos que, de acordo com a evolução da espécie, se tornaram importantes para a sobrevivência, como comer, dormir, beber água. Já o reforço condicionado são estímulos que adquirem essa função por meio de um processo de aprendizagem (Skinner, 2003).

perda de peso. Portanto, deve-se trabalhar desde o pré e continuar o acompanhamento no pós-operatório, já que na verdade a cirurgia é apenas o começo e não o final desse processo, pois, novos hábitos e comportamentos mais saudáveis deverão ser instalados no repertório destas pessoas, o que irá repercutir em toda sua vida (MUNHON; MIGOTT, 2017).

Esta pesquisa seguiu o formato de revisão de literatura, no intuito de descrever como o acompanhamento psicológico de base analítico comportamental das pessoas que passam pela cirurgia bariátrica pode influenciar na manutenção do peso-meta. As pesquisas foram realizadas em livros, e ainda banco de dados científicos, pelo pesquisador Google Acadêmico, tendo como critério de inclusão e exclusão artigos do ano de 2007 a 2020.

Neste trabalho, tivemos como objetivo geral identificar a influência do acompanhamento psicológico de base analítico comportamental das pessoas que passam pela cirurgia bariátrica na manutenção do peso-meta. Buscou-se identificar as variáveis que podem afetar a manutenção do peso-meta pós-cirurgia bariátrica, descrevendo os possíveis benefícios que as intervenções de base analítico-comportamental podem trazer para o acompanhamento psicológico pós-cirurgia bariátrica.

Foi possível correlacionar os possíveis benefícios que as intervenções de base analítico-comportamental possuem para a manutenção do peso pós-cirurgia bariátrica. Diante do cenário apresentado, abordaremos como os elementos da terapia analítico-comportamental podem levar as pessoas que passam pela cirurgia bariátrica a manter o peso meta.

2 OBESIDADE

A obesidade é uma doença crônica⁴ caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal, sendo verificada a partir do Índice de Massa Corpórea – IMC acima de 30. A gordura corporal em excesso acarreta um processo de inflamação no corpo de forma contínua e, segundo a ABESO (2000), “a obesidade pode causar inúmeros males – de problemas cardiovasculares a diabetes, os quais os cientistas chamam de

⁴ As doenças crônicas são caracterizadas basicamente por serem doenças que possuem um lento desenvolvimento e uma longa duração, muitas delas ainda não possuem uma cura.

comorbidades”⁵. Além disso, o estresse, uma alimentação inadequada, baixa frequência e/ou ausência de atividade física, baixa qualidade do sono, são pontos que devem ser considerados nesse diagnóstico. Cabe ressaltar que existe tratamento para a obesidade, que por ser longo e complexo, depende de uma equipe multidisciplinar capacitada para o acompanhamento do paciente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2000).

Segundo Varella (2018), a sociedade em geral, costumeiramente, caracteriza uma pessoa obesa como preguiçosa, estigmatizando como um indivíduo que não possui força de vontade para emagrecer, que não se preocupa com o seu próprio bem-estar e imagem corporal. A obesidade é um problema de saúde grave e sua complexidade envolve fatores genéticos, culturais, sociais, e atualmente, a atividades que se estendem por longos períodos sentados, criando um favorecimento para o aumento de peso.

O Dr. Dráuzio Varella (VARELLA, 2018) em seu canal na plataforma digital YouTube, faz um alerta para a educação do paladar evitando assim exageros calóricos, controlando o peso quilo por quilo, e ainda, para a compensação entre as refeições do dia, ressaltando a importância de um equilíbrio para manutenção de estratégias traçadas com o objetivo a longo prazo.

A obesidade é uma condição crônica multifatorial que engloba diferentes dimensões: biológica, social, cultural, comportamental, de saúde pública e política. O desenvolvimento da obesidade decorre de interações entre o perfil genético de maior risco, fatores sociais e ambientais, por exemplo, inatividade física, ingestão calórica excessiva, ambiente intrauterino, uso de medicamentos obesogênicos e status socioeconômico. Sono insuficiente, disruptores endócrinos e microbiota intestinal também podem estar associados à gênese da obesidade. (BRASIL, 2020, p.2)

A obesidade é retratada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, no atual DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), como um forte fator associado a transtornos mentais, como por exemplo, ao transtorno depressivo, transtorno bipolar, transtorno de compulsão alimentar, dentre outros. O DSM-5 ainda afirma que:

A obesidade resulta do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao gasto energético. Uma gama de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para

⁵ <https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sobrepeso/>

o desenvolvimento da obesidade. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p.329)

O mesmo periódico ainda alerta sobre os efeitos de algumas drogas psicotrópicas usadas no tratamento que podem colaborar de forma significativa para o aumento excessivo de peso de pacientes, podendo se tornar um fator gerador para um transtorno mental.

A obesidade não é um acontecimento da atualidade, Halpern (1999, p.175) fala sobre sua existência há mais de 25.000 anos, o que se percebe na atualidade é a proporção epidêmica que o aumento da incidência acarretou, fato este que gera preocupação a nível global, desde que se tenha acesso a comida. Blumenkrants (1997, *apud* Francischi *et al.*, 2000, p.18), diz que “a obesidade é provavelmente o mais antigo distúrbio metabólico, havendo relatos da ocorrência desta desordem em múmias egípcias e esculturas gregas”. Diante deste cenário, conhecer o surgimento deste fenômeno e como ele se movimenta mostra-se como um fator relevante para este estudo.

2.1 Fatores etiológicos da obesidade

A sobrevivência na pré-história girava em torno da busca pelo alimento através da caça e proteção a baixas temperaturas. Halpern (1999, p.175) afirma que havia maior necessidade em si movimentar para que fosse diminuída a sensação de frio, logo: “encontrar condições ambientais que permitissem a sobrevivência em situações infinitamente menos confortáveis que as atuais exigiam de nossos antepassados grande capacidade de estocar energia e obter proteção térmica”. Sendo assim, havia um mecanismo no organismo para preservação de gordura como reserva de energia e aquecimento corporal, que poderia ser rapidamente queimada para a obtenção de sua próxima alimentação. Na atualidade este mecanismo sabota o indivíduo que tem acesso a alimentação com o mínimo de esforço e em abundância. O mesmo autor confirma dizendo: “a obesidade é uma doença resultante do conflito entre genes antigos e vida moderna” (HALPERN, 1999, p.175).

Neste século houve uma transição nutricional em vários países segundo Monteiro (1995 *apud* Francischi *et al.*, 2000, p.18):

Dieta rica em gordura (particularmente as de origem animal [...], açúcar e alimentos refinados, e reduzidas de carboidratos complexos e fibras, [...], declínio progressivo de atividades físicas, percebe-se alterações concomitantes na composição corporal”.

Conforme já havíamos discutido, há uma progressiva diminuição na desnutrição e um aumento na obesidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde:

[...] a obesidade dos indivíduos reflete a interação entre fatores dietéticos e ambientais como uma pré-disposição genética. [...] há poucas evidências de que algumas populações são mais suscetíveis à obesidade por problemas genéticos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Esta reflexão reforça que, possivelmente, dieta e prática de exercícios são responsáveis são fatores que influenciam no IMC e conseqüentemente na obesidade. Alguns estudos trazem que o aumento na ingestão de lipídeos e a frequência alimentar são pontos relevantes para obesidade em mulheres brasileiras. (FRANCISCHI *et al.*, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; GRUNDY, 1998 *apud* FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Os autores supracitados falam também sobre a baixa na prática de atividade física, já que, quanto mais a população se moderniza, há um decréscimo na necessidade de se movimentar e fazer com que ocorra um acúmulo de calorías. Há estudos que evidenciam uma influência genética muito forte no desenvolvimento da obesidade, Francischi *et al.* (2000, p.19) afirmam que: “o controle do apetite e o comportamento alimentar também sofrem influência genética [...] há indícios de que o componente genético atua sobre o gasto energético, que é determinada pela quantidade de massa magra corporal”.

2.2 Níveis de obesidade

Anteriormente foi explanado o conceito da obesidade e como esta doença crônica não transmissível surgiu no mundo. Segundo Wanderley e Ferreira (2010, p.186), “A Organização Mundial de Saúde - OMS estipulou um parâmetro chamado de Índice de Massa Corpórea – IMC, obtido a partir da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m)² dos indivíduos”. Os indivíduos que estiverem com IMC igual ou superior 30kg/m² são considerados obesos.

Esse diagnóstico é complexo, multifatorial e possui níveis que devem ser verificados com cautela. Os autores afirmam ainda que o estilo de vida ocidental da atualidade dá abertura ao sedentarismo, geralmente o estilo de vida desregrado – alimentação e atividade física – são os pontos mais estudados sobre o tema (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Os autores afirmam que há um aumento do consumo de alimentos ou mudanças na qualidade do tipo de alimento que é ingerido, que vem associado ao aumento no consumo de refeições fora de casa, e o aumento na oferta de *fastfood*, ou seja, uma ampliação do consumo de alimentos ultra processados, fácil de fazer e de comer. E ainda, nos diz que: “a maioria dos brasileiros não tem o hábito de praticar nenhuma atividade física desportiva regular [...] o hábito de assistir televisão por várias horas é considerado um indicador de sedentarismo”.

A seguir podemos analisar a fórmula para calcular o IMC e a tabela verificadora para o cálculo do diagnóstico de obesidade.

Figura 1 – Fórmula para diagnóstico de obesidade

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{altura} \times \text{altura}}$$

Fonte: Wanderley e Ferreira (2010).

Figura 2 – Tabela para verificação do diagnóstico de obesidade

● Cálculo do Índice de Massa Corporal

Peso (kg)	IMC										
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1,47m	45,4	47,6	49,8	52,1	53,9	56,2	58,5	60,7	62,5	64,8	67,1
1,52m	48,5	50,8	53,5	56,7	58	60,3	62,5	64,8	67,1	69,4	71,6
1,54m	50,3	52,6	55,3	57,6	59,8	62,1	64,8	67,1	69,4	71,6	74,3
1,60m	53,5	56,2	58,9	61,2	63,9	66,2	68,9	71,6	73,9	76,6	79,3
1,65m	57,1	59,8	62,5	65,3	68	70,7	73,4	76,2	78,9	81,6	84,3
1,70m	60,7	63,5	66,2	69,4	72,1	75,2	78	80,7	83,9	86,6	89,8
1,75m	64,4	67,5	70,3	73,4	76,6	79,8	82,5	85,7	88,9	92	94,8
1,80m	68	71,2	74,8	78	81,1	84,3	87,5	90,7	94,3	97,5	100,7
1,85m	72,1	75,2	78,9	82,5	85,7	89,3	92,5	96,1	99,3	102,7	106,5
1,90m	76,2	79,8	83,4	87	90,7	94,3	97,9	101,6	105,2	108,8	112,4

Relacione peso e altura e descubra o IMC.

PESO NORMAL
ACIMADO PESO
OBESO

Fonte: BRASIL, 2017.

A figura acima nos mostra em vermelho e azul as pessoas que se encontram acima do peso (Sobre peso - IMC 25 a 29,9), ou obeso. Além de um indivíduo

poder estar no diagnóstico de obesidade, devemos ressaltar que nesse quadro existem 3 níveis: obesidade leve (classe 1 – IMC 30 a 34,9), moderada (classe 2 - IMC 35 a 39,9) e grave ou mórbida (classe 3 - IMC \geq 40). Segal e Fandino (2002 *apud* TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 361) diz que há ainda uma morbimortalidade⁶ relacionada à obesidade que vem aumentando de forma alarmante representando muitos riscos.

Coutinho, Benchimol (2006, p. 13), afirmam que a obesidade é uma das doenças que mais matam no mundo. Na América Latina, aproximadamente 200 mil pessoas morrem, anualmente, em decorrência das comorbidades relacionadas à obesidade. A taxa de mortalidade para esses obesos (\geq 40 kg/m²) é 12 vezes mais alta entre homens de 25 a 40 anos, quando comparada à de pessoas de peso normal (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 361).

Diante do cenário apresentado, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2019) um indivíduo que se encontra com um IMC acima 40 kg/m² independente da presença de comorbidades está apto a cirurgia, e com IMC entre 35 e 40kg/m² na presença de comorbidades que tenham obrigatoriedade a classificação “grave” por um médico especialista na respectiva área da doença. A cirurgia bariátrica e seus aspectos serão mencionados no tópico a seguir.

2.3 Cirurgia Bariátrica

Hoje em dia é muito comum ocorrer transições nutricionais associadas a dificuldades de introduzir alimentos saudáveis na população, principalmente em nações que desenvolvem um maior crescimento ao consumir uma alimentação industrializada que contém um maior número de gorduras que prejudicam o organismo humano, e que é um dos principais fatores para o desenvolvimento da obesidade. Este aspecto afeta milhares de pessoas em todo mundo, em especial nos países em que os *fast food* têm inúmeros consumidores (ROMANSINI; LOPES, 2015).

A obesidade é uma enfermidade de grandes proporções e que vêm causando preocupação mundial, já que seu crescimento tem sido abrupto nos últimos tempos. Nota-se que houve uma redução considerável de crianças desnutridas e um aumento gradativo de obesos (COSTA, 2014). A preponderância desta enfermidade tem tido uma grande progressão, ocasionando uma série de problemas na infância e se estendendo à fase adulta (NAHAS, 2014).

⁶ Doenças causadas de morte em determinadas populações, espaços e tempos.

A obesidade é entendida como uma patologia resultante da excessiva gordura existente no corpo, podendo ser definida pela abundância de tecido adiposo no corpo. No público infanto-juvenil o tratamento é mais complicado, visto que as crianças ainda não compreendem os males que esta patologia pode trazer para sua saúde (FERREIRA, 2015).

Em conformidade com Delbin (2015, p.30):

A terminologia obesidade não é a mesma utilizada para excesso de peso. Existem diferenças entre estes, pois a obesidade consiste no excesso e gordura corporal no organismo, enquanto o excesso de peso é determinado por um peso que excede o normal de um indivíduo em relação aos padrões de altura, peso e índice e massa corporal inerente a cada um.

Para melhor compreensão dos aspectos acima citados, há a necessidade de se apurar as medidas de composição corporal do indivíduo por meio da avaliação dos componentes orgânicos de cada corpo. Sabe-se que as gorduras viscerais e intra-abdominais estão entre os fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade (SILVA; SILVA; SILVA, 2016).

Estima-se, que cerca de 95% dos casos de obesidade ocorrem por fatores de ordem ambiental. Mas as pesquisas demonstram que a obesidade é também de ordem hereditária. Existem perfis metabólicos desiguais para os mesmos estímulos, já que componentes genéticos podem contribuir para que determinados indivíduos tenham uma maior proporção para engordar do que outros (ROMANSINI; LOPES, 2015).

2.3.1 Atuação multiprofissional junto ao paciente bariátrico

Se submeter a uma cirurgia bariátrica é partir para uma nova vida, pois o indivíduo deve ser preparado para enfrentar todas as dificuldades que o acompanharão no decorrer do pré e pós-operatório. Por se tratar de um procedimento delicado que traz mudanças radicais na vida de quem a ele se submete, o Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015), por meio da Resolução CFM N° 2.131/2015, dispõe de normas para a realização da gastroplastia. Dentre as diretrizes da Resolução CFM N° 2.131/2015, tem-se que a equipe – que é composta por psiquiatra, nutrólogo, endocrinologista, cirurgião com uma formação específica, psicólogo e nutricionista – deve ser capacitada e, ainda, fazer o

acompanhamento do paciente antes e depois da cirurgia e no período que se seguir a completa recuperação do paciente.

No que se refere aos pacientes no pós-cirúrgico, observa-se que os resultados desse tipo de cirurgia vão além de simplesmente perder peso e da eliminação de doenças que decorrem da mesma. Eles passam por mudanças psicológicas relevantes, que são resultados de uma mudança corporal rápida do procedimento realizado (NAHAS, 2014). O novo corpo do paciente passa a adquirir novas formas e proporções que são rapidamente transformadas, e que conseqüentemente geram novas condições para o paciente em sua autoimagem, e como este se percebe nesse processo (FERREIRA, 2015).

O paciente se submete a uma nova condição que apresenta exigências relacionadas à motivação do indivíduo para desenvolver novo estilo de vida, passando a ter que tratar seu corpo com paciência, por conta das sucessivas e rápidas mudanças, aprender cotidianamente sobre seus novos hábitos de vida. Uma nova oportunidade para que o paciente possa se olhar inteiramente, realizar novos projetos para sua vida, passar a socializar e refazer sua autoestima, atuando de forma positiva sobre si mesmo. Conclui-se, portanto que, após o procedimento, devido às inúmeras transformações, o acompanhamento multiprofissional é relevante em todo o processo (SANTOS, 2015).

Cada profissional atuará conforme as necessidades e problemas apresentados pelo paciente dentro de sua área de especialidade. O nutricionista atuará diretamente com a alimentação, reeducação alimentar e nova dieta do paciente, até que ele possa se alimentar adequadamente.

O psicólogo tem papel primordial, pois irá preparar psicologicamente o paciente para sua nova condição. Acompanha o paciente antes mesmo da realização do procedimento, avaliando se ele está preparado para a sua realização, bem como para a pós-cirurgia. Auxiliará no controle da compulsão alimentar, acerca da adaptação às quantidades de alimento, reações emocionais, dentre outros aspectos que cabem ao psicólogo (OZÓRIO, 2015).

O fisioterapeuta atuará na recuperação pós-cirúrgica, em especial no padrão respiratório do paciente, visto que no caso de pacientes obesos a respiração mecânica pode apresentar comprometimento, dentre outras funções que cabem ao profissional nesse tipo de cirurgia (FERREIRA, 2017).

O médico endocrinologista atuará no equilíbrio do organismo do paciente, buscando restabelecer as desordens apresentadas e conseqüentemente irá prevenir e tratar deficiências nutricionais, complicações clínicas e preparar o paciente para as cirurgias plásticas que também são de essencial importância para retirada do excesso de pele dos pacientes após o emagrecimento. (FERREIRA, 2015)

Outro profissional importante é o fonoaudiólogo, este atuará avaliando e orientando o paciente sobre refluxos, engasgos, vômitos antes, durante e depois das refeições. Além disso, atua orientando e avaliando o processo de mastigação, fonação, respiração do paciente. Todos os profissionais da equipe multidisciplinar são importantes, assim como os demais, de outras especialidades que podem ser necessários no acompanhamento do paciente (OZÓRIO, 2015)

2.3.2 As técnicas cirúrgicas praticadas atualmente

Quando se ouve falar sobre cirurgia bariátrica logo vem em mente indivíduos obesos e que recorrem a esse tipo de procedimento como forma para reduzir o tecido adiposo que se desenvolve em decorrência da obesidade. A cirurgia bariátrica ou redução de estômago, é um procedimento que resulta na alteração do sistema digestivo de indivíduos obesos que se submetem a esse tipo de procedimento (BONAZZI, 2015).

A finalidade da mesma é reduzir a quantidade de alimento tolerado pelo estômago, bem como para levar a uma modificação do processo natural da digestão, procedimento que facilita a redução do peso corporal do indivíduo, e conseqüentemente a ingestão de calorias também é automaticamente reduzida, ocorrendo aumento da produção do hormônio da saciedade (OZÓRIO, 2015). Sendo assim, antes de adentrar sobre os tipos de procedimentos de cirurgias bariátricas é interessante mencionar que a cirurgia é indicada para as pessoas que por outros meios não conseguem emagrecer e para quem a obesidade implica em risco de vida, sendo, portanto, indicada a cirurgia bariátrica como a melhor forma para tratamento da obesidade (SANTOS, 2015).

Conforme o Ministério da Saúde do Brasil (2014) esse tipo de cirurgia é indicado para indivíduos com idade entre 16 e 65 anos que apresentem índice de massa corporal superior a 35 kg/m² e nas situações em que se faça presente patologias de riscos cardiovasculares elevadas.

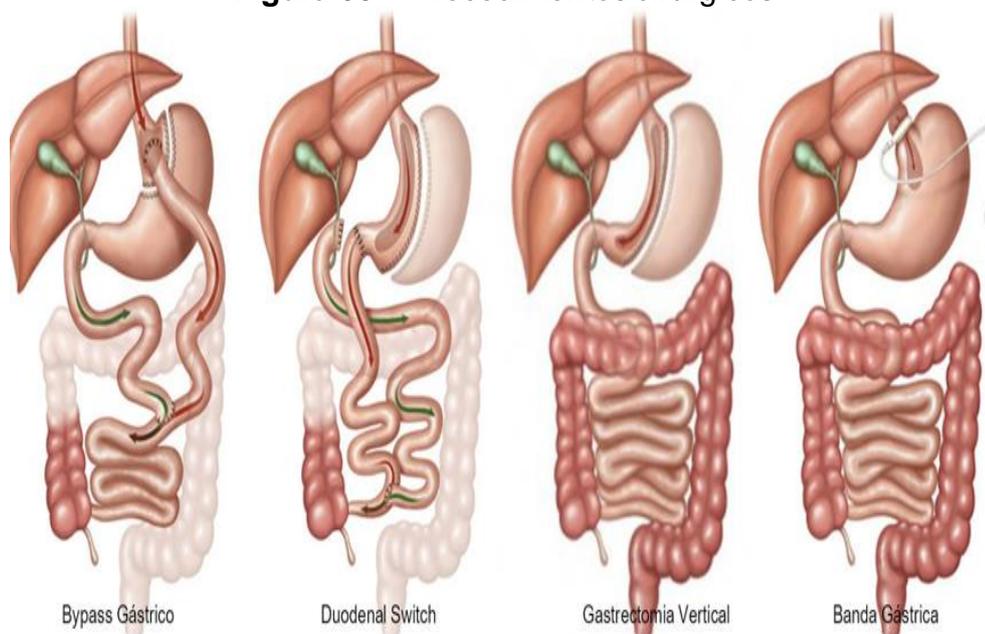
Para indivíduos com índice de massa corporal igual ou superior a 40 kg/m² e sem perda de peso mesmo com acompanhamento médico e nutricional comprovado por, pelo menos, 2 anos e pessoas com IMC igual ou superior a 50 kg/m² sem restrições também é recomendada. Além disso, existem casos que a cirurgia não é recomendada mesmo diante de seus inúmeros benefícios, tais como perda de peso, cura das doenças que são associadas à obesidade (SILVA, 2016).

Para Matos (2015, p. 33) dentre as situações que não são indicadas a cirurgia bariátrica estão:

As pessoas com transtorno psiquiátrico não controlado; usuários de drogas e bebidas alcoólicas; pessoas com doença cardíaca ou pulmonar grave e descompensada; hipertensos portais com varizes esofágicas; pessoas com doenças inflamatórias do trato digestivo alto; e portadores da síndrome de Cushing por câncer.

Nesse sentido, cabe ressaltar que existem quatro tipos de cirurgias bariátricas que são aprovadas e realizadas em âmbito brasileiro, que são o *Bypass* gástrico, a banda gástrica ajustável, a gastrectomia vertical e a derivação bileopancreática. A figura 3 mostra cada uma delas (MATOS, 2015).

Figura 03 – Procedimentos cirúrgicos



Fonte: Matos (2015).

O Bypass gástrico, comumente conhecido como a gastroplastia, é um desvio do intestino em Y de Roux, esse método consegue reduzir cerca de 40 a 45%

do peso inicial do indivíduo obeso. Trata-se de um tipo de procedimento cirúrgico que se refere a 75% das cirurgias realizadas em território brasileiro (MATOS, 2015). Nesse método, uma parte do estômago é grampeado ocorrendo uma redução do espaço para os alimentos ingeridos e a realização de um desvio no intestino. Com esse tipo de procedimento, os hormônios que estimulam a fome são reduzidos e os da saciedade são aumentados (OZÓRIO, 2015).

Um outro método é o da banda gástrica ajustável, que se trata de um procedimento que corresponde a 5% das cirurgias bariátricas realizadas no país, responsável pela redução de cerca de 20 a 30% do peso inicial dos pacientes que se submetem especificamente a esse método. Portanto, contrariamente ao *by-pass* gástrico, a banda gástrica não tem a função de promover mudanças na produção hormonal (SANTOS, 2015).

De acordo com Magno *et al.* (2014) gastrectomia vertical se refere a mais um método muito utilizado no Brasil, que é relativamente novo e é considerado um dos mais eficazes para controlar a hipertensão arterial e conseqüentemente os níveis de colesterol e triglicérides, pois além de reduzir o hormônio da fome, auxilia na permanência de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B. Nesse procedimento, o estômago se transforma em tubo de 80 a 100 ml quando é retirado 70 a 85% do estômago do indivíduo. Diante de uma situação de não funcionamento, a mesma pode ser mudada para *by-pass* gástrico ou uma derivação bileopancreática⁷, mas não pode ser revertida (SILVA; SILVA; SILVA, 2016).

Outro tipo de cirurgia bariátrica consiste na derivação bileopancreática, esta corresponde a 5% dos procedimentos realizados em território brasileiro. Esse método associa a gastrectomia vertical juntamente com o desvio do intestino. Tem a finalidade de reduzir a absorção de nutrientes, levando a redução de peso. Na respectiva cirurgia mantém-se a anatomia e fisiologia do esvaziamento do estômago, mas cerca de 85% do estômago é retirado, e como resultado o indivíduo perde cerca de 40% a 50% de seu peso inicial antes do procedimento.

Todos os tipos de procedimentos realizados na cirurgia bariátrica para redução de peso se mostram eficazes, no entanto para cada tipo de paciente indica-

⁷Essa técnica possibilita maior ingestão de alimentos, reduz a intolerância alimentar e promove maior perda de peso.

se um tipo de método e conforme suas condições de saúde. Em tempo, cabe frisar que juntamente aos procedimentos, ocorrem mudanças fisiológicas após a cirurgia, aspectos que serão mencionados no tópico a seguir (SANTOS, 2015).

2.3.3 Pós-Operatório e a nova dieta

A cirurgia bariátrica além de proporcionar saúde, qualidade de vida e uma nova vida para os pacientes, produz mudanças fisiológicas importantes. É um procedimento que também afeta a autoestima do indivíduo, mexe com a estética corporal e com os aspectos psicológicos (OZÓRIO, 2015).

Grande parte dos pacientes acreditam que o procedimento apenas os obriga a reduzir a quantidade de alimentos que são ingeridos após a redução do estômago. Contudo, muitos médicos identificam que a cirurgia traz consigo mudanças que podem impactar profundamente com a fisiologia do paciente, já que o procedimento cirúrgico resulta em transformações no paladar, levando ao desaparecimento de desejos alimentares que antes do procedimento se faziam presentes. O indivíduo que se submete ao procedimento acaba se acomodando naturalmente em uma redução de peso e permanece com o peso controlado ao longo da vida na maioria das vezes (MAGNO *et al.*, 2014).

Em determinados tipos de procedimentos, como o da derivação gástrica, o procedimento deixa os pacientes incapazes de absorver naturalmente as vitaminas e minerais, pois após o procedimento muitos pacientes carecem tomar suplementos diariamente ao longo da vida. E tendo em vista que as alterações que ocorrem no trato digestivo lançam açúcares na corrente sanguínea de forma muito rápida, existe a necessidade de cuidados redobrados ao se ingerir açúcar.

Sendo assim, a cirurgia bariátrica não se configura apenas enquanto um procedimento de resultados rápidos, mas como um compromisso dos pacientes com sua nova vida, pois diversos hábitos precisam ser adquiridos, principalmente o da reeducação alimentar, e que tem como consequência o equilíbrio natural do peso corporal sem uma modificação drástica do trato digestório (MAGNO *et al.*, 2014).

Contudo, para que o procedimento tenha sucesso, o cérebro também passa por uma espécie de regulagem em que irá determinar a quantidade de gordura que o indivíduo terá. Existem situações em que mutações genéticas podem ser quebradas, mesmo que raras, ocorre a quebra do termostato. Indivíduos com esse

tipo de mutação não contam com controle interno de gordura e conseqüentemente acabam ficando extremamente obesos. A cirurgia bariátrica não terá efeito sobre esses indivíduos, pois pessoas com termostato desconfigurado, são obesos e o peso corporal está sempre estável sem quaisquer tipos de esforços, a cirurgia somente reduz as configurações do termostato (OZÓRIO, 2015).

Trata-se de uma noção simples, de que existem determinados pontos que se pode intervir para definir o peso corporal de um indivíduo, mas alguns casos podem ser diferentes dos demais, e acabam funcionando como acionadores. Nessa perspectiva, observa-se que o procedimento pode ser eficaz, mas para algumas pessoas pode não funcionar (MAGNO *et al.*, 2014).

Ressalta-se, que somente a cirurgia não reduz o peso, mas é necessário trabalhar a consciência do paciente pós-bariátrico, e conseqüentemente o acompanhamento de profissionais se faz relevante, dentre estes, psicólogos, endocrinologistas, o próprio cirurgião, e o não menos importante, o nutricionista que na pós-bariátrica é de essencial importância. Aspectos que serão descritos no capítulo a seguir (BONAZZI, 2015).

A realização da cirurgia bariátrica proporciona uma nova vida ao pós-bariátrico, e nesse sentido o paciente carece se adaptar às novas condições de saúde do seu organismo, bem como se adaptar a quantidade de alimentos que são ingeridos e manter-se saciado com a quantidade mínima de alimentos. Consiste em um processo, na qual o indivíduo se alimenta por etapas, aspectos que são essenciais para o amadurecimento do seu novo estilo de vida (MAGNO *et al.*, 2014).

2.3.4 Reganho de Peso

Um dos profissionais que se fazem presentes no cotidiano do paciente pós-bariátrico é o nutricionista, pois é um dos responsáveis pela sua reeducação alimentar. Trata-se do profissional que prescreverá a dieta mais indicada para esse tipo de paciente, incluindo a consistência e quantidade de alimentos a serem ingeridas em todo seu processo de adaptação. Sabe-se, que essa não é tarefa das mais fáceis, tendo em vista que a pós-cirurgia envolve principalmente a colaboração do paciente para o sucesso do tratamento proposto (BONAZZI, 2015).

A importância do acompanhamento nutricional se mostra também no restabelecimento dos nutrientes necessários para manutenção da saúde do indivíduo

pós-operado, pois muitos não conseguem absorver a quantidade de nutrientes necessários para a manutenção da sua saúde, e conseqüentemente acabam desenvolvendo sérios problemas de saúde (MAGNO *et al.*, 2014).

Geralmente, os nutricionistas fazem uso do Guia Alimentar comumente utilizado em pacientes bariátricos, que se trata da pirâmide bariátrica de Violet Moizé (MOIZÉ *et al.*, 2010), que especifica a utilização de suplementos alimentares, além de indicar ingestão de água e chás claros, bem como a realização de atividades físicas fundamentadas em aspectos comportamentais. Além disso, a priorização de proteínas que sejam ricas em ferro, cálcio, como um dos primeiros alimentos que devem ser ingeridos, seguidos da ingestão de vitaminas e minerais que sejam encontrados nas frutas e vegetais (MATOS, 2015).

Ainda, deve ocorrer o consumo moderado de carboidratos, devendo-se dar preferência para os alimentos integrais, evitar bebidas alcoólicas, gaseificadas, doces e gorduras de uma forma geral, pois são prejudiciais para o organismo do indivíduo que se submeteu a esse tipo de procedimento cirúrgico, e pode contribuir para o ganho de pesos indesejáveis (MAGNO *et al.*, 2014).

O primeiro passo dado é a avaliação do paciente, seu peso, condições gerais de saúde, identificação das carências nutricionais. Além disso, o paciente deve participar de todas as fases que envolvem o procedimento pós-cirúrgico, dentre estas, a evolução da consistência alimentar que inicialmente deve ser totalmente líquida e hipocalóricas, não devendo ser utilizadas por um longo período, pois podem resultar em deficiências nutricionais caso não sejam bem conduzidas (OZÓRIO, 2015).

Para controle de peso, ganho e reeducação alimentar do paciente o profissional de nutrição é essencial e deve respeitar todas as etapas e dietas dos pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia, pois como estes passaram por uma redução de estômago é como se passasse por uma readaptação do tipo de alimentação que estão ingerindo e a primeira fase compreende a dieta líquida clara e em volumes reduzidos de 50 a 100 ml (BONAZZI, 2015).

Em seguida é a fase da dieta totalmente líquida que tem duração de duas a quatro semanas, sendo considerada uma das mais rigorosas, sem açúcar, sendo mais texturizada que na dieta anterior. Os alimentos devem ser liquidificados e coados, devem ser ofertados sucos sem açúcar, bebidas de soja e suplementos proteicos líquidos (MAGNO *et al.*, 2014).

A outra fase se refere a dieta pastosa, sendo uma transição para o estágio três, que tem uma duração de duas a quatro semanas, deve ser realizada conforme a tolerância do paciente e suas necessidades e condições individuais. Tem a finalidade de treinar a mastigação do paciente, bem como seu tempo de refeição. Sendo assim, as preparações alimentares devem ser semelhantes a pudim de leite, purê ou vitaminas de leite com frutas. Além disso, pode-se adicionar ovos moles mexidos, frutas e vegetais na mesma consistência (MATOS *et al.*, 2014).

Já em relação a dieta branda, deve-se preconizar as preparações com texturas modificadas, alimentos que necessitam ser mastigados e que conseqüentemente possam passar pela bolsa gástrica. A dieta branda se refere a uma transição na qual os alimentos estejam amassados como em forma de purê, macios e fáceis de serem digeridos (BONAZZI, 2015). Por último, tem-se a dieta regular que diz respeito ao período na qual o paciente desde que tenha seguido as orientações da equipe multidisciplinar, passe a ter uma alimentação regular, dentro do que suporta seu novo estômago, devendo ainda, ter restrições de açúcares e fibras, bem como suplementos nutricionais e acompanhamento contínuo (MAGNO *et al.*, 2014).

Existem casos em que para controle de peso e restabelecimento de déficits de nutrientes, conforme as necessidades do paciente, o profissional pode fazer indicação de suplementos vitamínicos e/ou minerais, que devem ser tomados a partir de 30 ou 60 dias após a cirurgia e pelo resto da vida. Esse suplemento deve conter 100% ou ao menos 2/3 das necessidades nutricionais diárias, com a finalidade de prevenção das deficiências nutricionais (BONAZZI, 2015).

Por conta da carência nutricional pode ocorrer queda de cabelo, unhas quebradiças, fraqueza, cansaço, pele ressecada, formigamento nas mãos e pés podem ser sinais de que a pessoa está com deficiência nutricional e para manter um bom estado nutricional após a cirurgia bariátrica deve-se dar atenção a alguns nutrientes e vitaminas (CARMARGO, 2015).

De acordo com Ozório (2015) Ferro quando está baixo no organismo pode causar a anemia ferropriva⁸, já que diversos mecanismos do corpo estão ligados a esse nutriente. A suplementação de ferro pode ser recomendada para todos os tipos de cirurgia bariátrica, variando apenas a dose em cada caso.

⁸ A condição é caracterizada quando os níveis sanguíneos de hemoglobina estão abaixo do esperado, diminuindo, assim, o fluxo de oxigênio que chega até os tecidos e órgãos.

As Vitaminas do complexo B, a vitamina B12 e a vitamina B9 (ácido fólico), entre outras desse grupo, são necessárias para evitar dores, fadiga, câibras, rachaduras na boca e língua, perda de memória, paralisias, confusão mental, entre outros problemas de saúde. Além do Cálcio e vitamina D que são necessários para manter a saúde dos ossos, o uso do mineral e da vitamina pode ser fundamental para quem passou por cirurgias que envolvem desvio intestinal (CAMARGO, 2015).

Os respectivos nutrientes se fazem de extrema importância em uma suplementação proteica oferecida para pacientes pós-bariátricos, tendo em vista que a restrição alimentar leva os mesmos a desenvolverem carências nutricionais que devem ser complementadas com suplementos, com a finalidade de evitar que patologias possam vir a ser desenvolvidas e conseqüentemente nutrir os pacientes (OZÓRIO, 2015).

Conforme Santos (2015) a manutenção do peso é extremamente importante para pacientes pós-bariátricos, não somente após o procedimento cirúrgico para restabelecer sua alimentação e seus aspectos nutricionais, mas também para o paciente se adequar a sua reeducação alimentar e novo estilo de vida.

Conforme Alves (2015) outro aspecto importante é em relação a prática de exercícios físicos para pacientes que foram submetidos a cirurgia, visto que a redução de peso ocasiona na sarcopenia. Portanto, a prática de exercícios de força e resistência são essenciais para o ganho de massa muscular e conseqüentemente sua função. Dessa forma, é necessário combinar também exercícios aeróbios para melhora do condicionamento vascular.

Marchesini e Antunes (2020), em um estudo sobre fatores sociais e grupais que interferem no reganho de peso de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, trazem que:

As mudanças comportamentais após a cirurgia foram observadas pelos pacientes de modos distintos. Primeiramente a avaliação de si próprios como merecedores de maior atenção e cuidados pessoais, além de qualificar como "maior autoestima" as mudanças conceituais operadas sobre si mesmos. Ressaltaram que tiveram oscilações do humor, do desânimo à irritabilidade. Também houve mudanças na intensidade da motivação. Destacaram a diferença da ocupação do espaço no mundo, em termos objetivos e subjetivos. Houve a reafirmação do preconceito com os obesos, agora pela perspectiva do operado bariátrico novamente ameaçado de engordar, sua aceitação social e pessoal, e finalmente a necessidade de uma vida mais disciplinada (MARCHESINI; ANTUNES, 2020, p. 104).

Diante disso, percebe-se importância da continuidade no atendimento psicológico do paciente pós bariátrica, uma vez que, ainda depois da cirurgia, o

paciente enfrentará problemas em decorrência das perdas hormonais, o que refletirá em seu humor, além das questões que virão pela mudança na imagem corporal.

3 TERAPIA ANALÍTICO COMPORTAMENTAL

A Terapia Analítico-Comportamental tem seus objetivos e métodos entendidos de forma equivocada pelo uso do termo “terapia comportamental” em múltiplos contextos, e em diferentes vertentes behavioristas conforme discutido por De-Farias (2010, p.21). Tal expressão, para alguns autores, é sinônimo de “modificação de comportamento”, executando técnicas direcionadas para transtornos, entre outras demandas que possam surgir na vida do indivíduo, que possam direcioná-lo a buscar terapia. Peixoto *et al.* (2020, p. 171) diz que “a expressão “terapia comportamental” abrange um conjunto diverso de modelos de intervenção clínica junto a demandas emocionais, interpessoais, de tomada de decisões e de tantos outros problemas cotidianos”.

Neste capítulo, busca-se apresentar algumas formas de trabalho realizados no consultório clínico que tem como base filosófica o Behaviorismo Radical, denominado Terapia Analítico-Comportamental. Para tal prática, é necessário um árduo e contínuo estudo em princípios básicos do comportamento, bebendo na fonte de conhecimento postulado por Burrhus Frederic Skinner. Borges e Cassas (2012, p. 16) diz que o Behaviorismo Radical tem “uma visão de homem monista e natural, que entende o comportamento como multideterminado (biológico, ontogenético e cultural), não mecanicista, histórico e resultante de relações entre indivíduo e o seu ambiente físico e social”. Podemos destacar ainda que o Behaviorismo considera eventos que estimulam o comportamento privado do indivíduo, portanto não são entidades distantes.

3.1 Visão de Homem no Behaviorismo Radical

Na década de 1930 comportamentos considerados inadequados eram modificados em laboratório com as primeiras aplicações dos princípios operantes, em pessoas com retardo mental, esquizofrenia e transtorno psicóticos em geral (VANDENBERGHE, 2001; WONG, 2006 *apud* MARÇAL, 2010, p. 30), que afirma ainda: “baseadas em princípios como modelagem, reforçamento diferencial, extinção ou mesmo punição, e sob rótulo de modificação do comportamento, as técnicas eram

empregadas em ambientes artificialmente construídos, normalmente em instituições psiquiátricas”.

Marçal (2010) aponta que inicialmente a cognição e a emoção não eram pontos considerados importantes nos modelos iniciais de intervenção eram considerados modificáveis apenas os eventos socialmente observáveis por pessoas fora da curva de normalidade como já mencionado anteriormente. As pessoas que poderiam ter atendimento em um *setting*⁹ terapêutico, dentro de uma normalidade socialmente aceita, não eram contempladas. Somente em 1960 e 1970, modelos terapêuticos de base comportamental-cognitiva a luz de pensamentos e sentimentos do indivíduo passaram a influenciar a forma de entender e tratar comportamentos humanos. Na ocasião, o termo Terapia Comportamental já era utilizado, mas não tinham como base filosófica o Behaviorismo Radical na maioria dos casos (MARÇAL, 2010; FERSTER, 1973).

Peixoto *et al.* (2020) nos traz que a Terapia Analítico Comportamental (TAC) tem como base filosófica o Behaviorismo Radical, sendo uma teoria científica sólida que pode afetar diretamente a prática terapêutica de forma impactante. Diante disso, se faz necessário conhecer de forma criteriosa o “modelo de aplicação clínica Analítico-Comportamental”, à luz de Skinner (1998):

A terapia comportamental é uma situação na qual a função primordial seria reduzir os efeitos gerados pela punição, entre os quais estão incluídas as reações emocionais de revolta, resistência, medo, insegurança, angústia, ansiedade, raiva e depressão, advindas das principais agências controladoras: instituição educacional, governo e religião (LIMA, 2007, p. 8).

Existem muitas abordagens mentalistas que tendem a criticar o Behaviorismo, alegando uma passividade do organismo reduzindo seu comportamento diante das influências que o ambiente possa eliciar, ou seja, o homem sendo um subproduto do ambiente (PEIXOTO *et al.*, 2020, p.172). Skinner (2003, p. 34) nos afirma que as variáveis são encobertas assim que buscamos explicar o comportamento no interior do organismo, isso acaba dificultando uma análise científica possível. Ele diz ainda que “as variáveis estão fora do organismo, em seu ambiente imediato e em sua história ambiental”. No Behaviorismo, nos afastamos de

⁹ O *setting* terapêutico é um espaço no qual a relação terapeuta e cliente acontece. Neste espaço seguro, você encontrará um profissional que possui uma escuta diferenciada e livre de julgamentos ou censuras. Fonte: <https://comportese.com/2013/06/05/a-importancia-da-relacao-terapeutica-na-pratica-clinica>

um pensamento internalista e mentalista, e com isso explicamos através da análise funcional como o indivíduo se comporta em relação as contingências (BAUM, 1999 *apud* PEIXOTO *et al.*, 2020, p. 172).

Refletindo sobre a teoria de seleção natural de Darwin, Skinner explicou de que forma o comportamento é aprendido, ao elaborar o modelo de seleção por consequência, que é quando há uma variação comportamental selecionadas em três níveis: a) filogênese (características herdadas geneticamente); b) ontogênese (o que é aprendido nas interações do seu meio de convívio); c) cultura (comportamentos que são úteis para o grupo social e que são relevantes para o repertório individual (SKINNER, 2007 *apud* PEIXOTO *et al.*, 2020, p. 173). Há uma seleção das respostas que produzem consequências reforçadoras nos três níveis, ocorrendo assim o processo de aprendizagem à medida que o indivíduo responde, produzindo mudanças no ambiente.

Skinner (1966 e 1981) amplia o modelo selecionista ao estendê-lo para a esfera ontogenética e cultural. Dessa forma, não é só na origem das espécies (filogênese) que a seleção atua, também na história de vida do indivíduo (ontogênese) e nas práticas de uma cultura (Skinner, 1953/2000; Todorov e de-FARIAS, 2008). Na ontogênese, os comportamentos emitidos pelo organismo são selecionados ou não pelas suas consequências, ou seja, o reforçamento fortalece a probabilidade de ocorrência de uma classe de resposta que o produziu, enquanto a punição a enfraquece. [...] |Sem variação não há seleção! (MARÇAL, 2010, p. 40).

Um segundo tipo de seleção por consequência é o condicionamento operante, é quando o comportamento não é eliciado, ou seja, ele não é provocado por um determinado estímulo, ele é emitido. Quando um comportamento afeta o mundo ao seu redor, e também é afetado por ele, chamamos de comportamento operante (SKINNER, 2003, p. 64). O condicionamento operante e a seleção natural trabalham juntos, e de maneira repetitiva. Marçal (2010, p.39-40) afirma que “membros de uma mesma espécie com características mais adaptativas ao ambiente em que vivem têm mais chances de sobreviver e de passar suas características aos seus descendentes”. Nessa ocasião ele exemplifica o tema falando sobre um felino, que vivem com um determinado grupo, numa época específica e no mesmo local. Ainda assim, individualmente haverá diferenças, por mais que se tenham mudanças climáticas por um longo período, alguns deles teriam uma melhor adaptação ao frio por exemplo, sobrevivendo e passando suas características para a continuação de sua linhagem, que possivelmente também sofrerão a mesma ação do tempo. Não há como precisar em que momento iria acontecer, mas em um dado momento de sua existência, um

descendente seria transformado para uma versão melhor, para certamente sobreviver. O autor nos traz uma reflexão de Skinner (1974; 1994), onde ele fala sobre a demora da teoria da Seleção Natural surgir, que foi devido ao tradicionalismo na forma de pensar: “era um assunto inteiramente novo na história da ciência [...] Darwin simplesmente descobriu o papel da seleção, um tipo de causalidade muito diferente dos mecanismos de ciência daquele tempo”.

Skinner (1996; 1981 *apud* MARÇAL, 2010, p. 40) traz os elementos ontogenética e cultura, ampliando assim o modelo selecionista, não ficando somente sobre controle apenas da origem da espécie (filogênese), trazendo um olhar para a história de vida do sujeito, suas vivências, experiências e prática culturais. Moreira e Medeiros (2007, p. 45) retrata o que já foi visto até aqui, quando afirma que “o comportamento produz consequências e que é controlado por elas [...] algumas dessas consequências aumentam a probabilidade de o comportamento voltar a ocorrer”, e essas consequências são chamadas de reforço, que é “um tipo de consequência do comportamento que aumenta a probabilidade de um determinado comportamento voltar a ocorrer”.

O produto direto do próprio comportamento é um reforço natural, quando o produto é indireto do comportamento passa a ser um reforço arbitrário. Os efeitos do reforço passam a ser passageiros quando há a suspensão do reforço e em consequência disso a diminuição da frequência de um comportamento, logo tempo ou número de vezes que o organismo se comporta após suspensão do reforço é uma variável a ser levada em conta, já que “quanto mais tempo (ou maior número de vezes) o comportamento continua a ser emitido sem ser reforçado, maior será a resistência à sua extinção” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p. 51).

Nos dias de hoje, as terapias comportamentais têm se tornado recursos muito bem aceitos para intervenção em função da produção de evidências. Profissionais recém-formados e alunos de psicologia que estudam a Análise do Comportamento e as terapias comportamentais precisam se dedicar muito para lidar com a infinidade de siglas e modelos para apropriação. Passos (2016) diz que:

“Embora derivem da mesma epistemologia, as diversas terapias comportamentais apresentam importantes particularidades que as tornam únicas [...] Existem dois cenários importantes que é preciso explicar, um são as Ondas/Gerações Americanas, classificados por Hayes (2004) e o outro, a Terapia Analítico-Comportamental genuinamente brasileira (Guilhardi, 2012; Leonardi, 2015).

Neste capítulo foi possível explorar a visão de homem do Behaviorismo Radical e a caracterização da terapia analítico-comportamental, assim, destacamos que Tourinho e Cavalcante, 2001, nos afirma que o termo terapia analítico comportamental se tornou “uma denominação adequada [...] atendendo aos objetivos demarcar a fundamentação da AC e o afastamento de modelos que usam pressupostos, sobretudo, cognitivistas” (TOURINHO; CAVALCANTE, 2001; COSTA, 2011).

4 O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO E A CIRURGIA BARIÁTRICA

Aspectos psicológicos/comportamentais podem influenciar ou ser consequência da obesidade, bem como ainda serem possivelmente responsáveis pela retomada de peso ou podem se configurar como obstáculos para continuar com o peso que foi atingido posterior a cirurgia. A incapacidade de manter a perda de peso também pode estar relacionada à falta de preparo para as mudanças necessárias. Reduzir as chances de insucesso do tratamento bariátrico necessita de uma apuração pré cirurgia quanto à história do paciente com suas refeições, em relação a atribuição simbólica da comida em sua vida, e a necessidade de descobrir e cuidar da vontade de comer com frequência (EDLER, 2017).

Apesar de que a cirurgia seque o corpo, podem perdurar ignorados os problemas psicológicos associados ao comando da dieta, a autoimagem corporal e ao encarar o comer ligado a sentimento. Além disso, estabelecer uma nova identidade com o corpo transformado é outro desafio, pois a autoavaliação após a perda de peso afeta negativamente a imagem corporal, o excesso de pele, a autopercepção do novo corpo e a adaptação e reconstrução do metabolismo. Identidade e autoimagem na perda de peso (ALEGRÍA; LARSEN, 2013).

O acompanhamento psicológico antes e depois da cirurgia auxilia para aperfeiçoamento dos resultados dos indivíduos na redução de peso, no bem-estar e na diminuição de recaída na obesidade (HOLLYWOOD; OGDEN; PRING, 2012),

estando associada à redução do apetite, menor atenção com a comida e maior senso de controle da ingestão alimentar.

O estudo conduzido por Figura *et al.* (2015) a respeito de como a espécie de enfrentamento empregado pelo paciente posterior a cirurgia bariátrica designa ou não o seguimento da diminuição de peso, conclui que os aspectos psicológicos e fisiológicos se unem e comunicam-se de forma considerável, influenciando os resultados, que se harmonizam e interagem de maneira considerável, influenciando os resultados. No entanto, os autores alertam que mais pesquisas são necessárias sobre o assunto. Os resultados revelam que, dentre os 64 participantes obesos, um terço obtivera diminuição relevante de peso posterior a realização da cirurgia (redução de 60% a 115% do peso em excesso) por manifestarem comportamento de *coping*¹⁰ ativo (FIGURA *et al.*, 2015).

Em suma, a cirurgia é um recurso externo ao paciente, conforme exposto alhures, e, embora regule a ingestão alimentar, por si só não pode garantir a continuidade dos resultados iniciais. É importante que o paciente perceba que ele mesmo é um agente transformador; a cirurgia pode levar à perda de peso, mas manter o corpo magro requer mudanças internas, como distinguir que a fome tem funções diferentes de puramente indicar privação da ingestão de alimentos. Outrossim, o ajustamento às novas perspectivas corporais e o acomodamento nas relações sociais, em conjunto com a criação de uma nova identidade e à probabilidade de generalização da função de comer, são pontos que podem aparecer posteriormente à cirurgia e precisam de atenção e cuidado.

Quanto à análise comportamental, a obesidade em si não é objeto de pesquisa. Esta ciência destaca a relação entre os organismos e o seu ambiente, e visa determinar as funções adquiridas por determinados comportamentos em sua história de vida. Skinner (2007a) confirma isso ao definir o comportamento como uma relação além de uma ação do indivíduo, sendo então uma ligação ou interatividade entre o indivíduo e o seu ambiente.

¹⁰ *Coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas.

Fonte: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/XkCyNCL7HjHThgtWMS8ndhL/?lang=pt&format=pdf>

Elucida Skinner (2007a) que:

“O comportamento é uma matéria difícil, não porque seja inacessível, mas porque é extremamente complexo. Desde que é um processo, e não uma coisa, não pode ser facilmente imobilizado para observação. É mutável, fluido e evanescente, e, por esta razão, faz grandes exigências técnicas da engenhosidade e energia do cientista” (SKINNER, 2007a, p. 16).

Portanto, para estudar a interação desse organismo com o meio ambiente, a análise do comportamento utiliza a análise da contingência tríplice (estímulo, resposta e consequência) por meio da análise funcional. Visa entender a finalidade de um determinado comportamento, determinando que o comportamento é uma variável de ambiente funcional (PRETTE, 2011). A Análise do Comportamento produziu diversos estudos focados no comportamento alimentar. No Brasil, o estudo pioneiro foi o de Kerbauy (1973). Em seguida, diversos pesquisadores tentaram responder a perguntas sobre o papel que o comportamento alimentar desempenha nas pessoas obesas, ou seja, a necessidade de uma pessoa obesa comer mais do que seu corpo pode consumir.

De acordo com Silva, Silva e Silva (2016), os reforçadores primários se relacionam com a estrutura biológica, ou seja, fazem parte do nível filogenético e são fundamentais para a sobrevivência da espécie humana. A comida, necessidade básica para o funcionamento do organismo humano, constitui-se como reforçador primário e, “aquilo que foi construído filogeneticamente tem a capacidade de aumentar a frequência de um determinado comportamento” (SILVA; SILVA; SILVA, 2016, p. 96), ou seja, o comportamento de comer é reforçado pelo próprio organismo, a exemplo, quando alguém com muita fome come algo, o próprio organismo gera sensação de saciedade que está ligada com sensação de prazer.

4.1 Comportamento, ambiente e função no contexto bariátrico

A obesidade possui causas de diversas origens e provém de interações nos níveis cultural, através de aspectos sociais, filogenético, por meio do metabolismo e ontogenético, através dos reforçadores que o indivíduo pode ter por meio do que ingere, uma vez que comida também é prazer (SKINNER, 2007a). Em maior parte dos cenários, está ligada ao sedentarismo e ao excesso de ingestão calórica, no qual o demasiado consumo de calorias se deposita como tecido adiposo, provocando o positivo balanço energético. O balanço energético conceitua-se como a distinção entre

a medida de energia ganha e consumida na execução das atividades vitais e gerais. É passível de converter-se em positivo quando a fração de energia ganha é superior do que a consumida, diversificando entre os indivíduos (KOLOTKIN *et al.*, 2001; BRASIL, 2006; FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Acredita-se que aspectos genéticos podem estar conectados à eficaz utilização, mobilização e armazenamento dos nutrientes consumidos, ao consumo energético, principalmente à taxa metabólica basal (TMB), a gestão do comportamento nutricional e do apetite (SICHIERI *et al.*, 1994; GIGANTE *et al.*, 1997). A obesidade em alguns casos também é provável que esteja ligada a alguns distúrbios endócrinos, como problemas de hipotireoidismo e problemas hipotalâmicos, mas esses fatores são responsáveis por um valor inferior a 1% das ocorrências de excesso de peso (GIGANTE *et al.*, 1997).

Os indivíduos que relataram casos de obesidade em mães e pais exibiram risco quase duas vezes maior em tendência à obesidade do que pessoas cujos pais não apresentam esse diagnóstico. Mulheres que possuem um, três ou mais filhos têm quase duas ou três vezes mais chances de serem obesas do que mulheres nulíparas, respectivamente (MOTTA *et al.*, 2004).

Motta *et al.* (2004) asseguram que questões sociais, culturais e econômicas estão inclusas na definição da obesidade, enfatizando o novo papel da mulher na sociedade e a entrada desta no mercado de trabalho. Aparentam também induzir do aumento da obesidade pela concentração da população no ambiente urbano e a redução do esforço físico e, conseqüentemente, do consumo energético no trabalho e durante a rotina diária, e pela progressiva industrialização dos alimentos.

A procura de esclarecimentos para o rápido aumento do índice de obesidade na sociedade tem destacado a modernização das nações, que tem resultado em maior oferta de alimentos associada a formas de trabalho mais eficientes por meio da automação e mecanização das atividades. A forma de vida foi mudada pela redução do gasto energético nas atividades cotidianas e no trabalho, relacionada ao aumento da oferta de comida. Tendo visto essas razões, atribui-se a obesidade a expressão "síndrome do Novo Mundo" ou "doença da civilização" (MANCINI, 2001).

Skinner (2003) afirma que o comportamento de uma pessoa é explicado através do comportamento do grupo. Isso significa que, o indivíduo volta responder com a mesma topografia quando é mais provável de obter reforço do controle social do que a um controle não social (SKINNER, 2003). Assim, a cultura é o terceiro nível

de variação e seleção que modela o comportamento do indivíduo ao longo da sua história, corroborando a visão de Mancini (2001).

Outras questões ligadas ao ganho demasiado de peso são as modificações nos diferentes espaços de tempo durante a vida (ex.: casamento, divórcio, viuvez), certos contextos de violência, aspectos psicológicos (como o estresse, a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar), determinados tratamentos medicamentosos (corticoides e psicofármacos), a paralisação do hábito de fumar, o uso demasiado de álcool e a diminuição extrema de práticas física (MENDONÇA; ANJOS, 2004; MOTTA *et al.*, 2004).

Segundo Paola Machado (MACHADO, 2019), como causas antecedentes tem-se a alimentação inadequada, a falta de exercícios físicos, influência psicológica, questões genéticas e alterações hormonais que corroboram para o desenvolvimento de obesidade, implicando no sobrepeso do indivíduo.

O crescimento na ingestão de alimentos industrializados, processados e superprocessados, com grande quantidade de açúcares, gorduras, bem como a grande quantidade de carboidratos simples são colaboradores para a concentração de gordura no corpo. Ademais, o volume das refeições, a frequência de ingestão de alimentos e inexistência de uma rotina corroboram para o acréscimo de peso (MACHADO, 2019).

Um estilo de vida sedentário afeta diretamente o ganho de peso. A falta de atividade física regular contribui para um balanço energético positivo. Também contribui para aumentar a deposição de tecido adiposo e diminuir a composição da massa corporal magra, o que prejudica significativamente o metabolismo básico (calorias que o corpo consome em repouso) (MACHADO, 2019).

Até 63% das pessoas obesas têm compulsão alimentar, um transtorno mental que leva à ingestão inadequada de alimentos em um curto período de tempo. Além disso, distúrbios da imagem corporal, depressão, ansiedade e impulsividade estão associados ao ganho de gordura (MACHADO, 2019). Além disso, o aprendizado pessoal, a forma como encaramos as experiências individuais, podem determinar a forma como iremos nos comportar, já que a história de vida diz respeito a cada indivíduo, o que chamamos de ontogênese (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p. 146).

Certas pessoas possuem uma predisposição de acumular gordura mais facilmente que outras pessoas, já outras possuem um funcionamento menos efetivo de hormônios que proporcionam uma sensação de saciedade maior (ZANIN, 2021).

Elucida Zanin (2021) que, às vezes, esses são problemas genéticos parecem sutis, contudo, combinados podem promover fatores ambientais que levam ao ganho de peso e aumentam o risco de alguém se tornar obeso em até 50%.

Em termos de padrões de comportamento, pessoas obesas que procuram tratamento especializado para redução de peso podem manifestar maior incidência de sintomas de depressão, ansiedade, transtornos do comportamento alimentar e impulsividade (PISCIOLARO; AZEVEDO, 2011).

Consoante Wehling e Lusher (2019), mudanças de humor estão relacionadas a ansiedade, ganho de peso e sintomas depressivos, uma vez que podem estimular o descontrole alimentar. Foi acordado que o descontrole alimentar (DA) pode ser descrito como perda do próprio domínio e consumo exacerbado de alimentos, sob controle ou não a presença de fome. Entre os indivíduos que buscam tratamento para obesidade, a incidência de DA oscila de 20% a 50% (CAPPELLERI *et al.*, 2009; BOHRER; FORBUSH; HUNT, 2015).

A revisão da literatura (BRYANT *et al.*, 2019), analisou como padrões de comportamento alimentar relacionam-se com a obesidade e os transtornos alimentares. Os autores perceberam que esses padrões de comportamento alimentar estavam relacionados à compulsão alimentar, qualidade da dieta, índice de massa corporal (IMC); e insatisfação corporal.

Há um conhecimento restrito em relação a prevalência de paradigmas de comportamento alimentar desregrado em indivíduos com sobrepeso e obesos e sua relação com a adesão à dieta. Assimilar os padrões de comportamento alimentar é considerado uma essencial ferramenta no tratamento da obesidade (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Dadas as crescentes taxas de obesidade no território nacional, examinar o comportamento alimentar e associá-lo com a obesidade é fundamental para a formação de um contexto psicossocial e biológico, podendo resultar em maior aceitação e adoção ao tratamento.

4.2 Componentes de intervenção da Terapia Analítico-Comportamental e o manejo de comportamentos saudáveis e problema

Jonas (2004) destaca que a intervenção terapêutica conceituada é uma espécie de comportamento oral, destarte, quando as intervenções são tidas como exposição de contingências, configura uma coleção de normas expostas ao paciente,

esperando-se que acarretem em mudança ou continuidade de certos comportamentos. E, ao propor essas intervenções ao cliente, o terapeuta buscará estabelecer contingências que ajudem o cliente a discriminar as variáveis que determinam seus comportamentos alvo de intervenção e conseqüentemente desenvolver estratégias de mudança e enfrentamento.

Abreu-Rodrigues e Sanabio-Heck (2004) destacaram que, durante o tratamento psicoterapêutico, o comportamento do cliente em relação ao terapeuta é uma amostra de como ele se relaciona com outras pessoas de fora do ambiente de tratamento, o que oferece uma oportunidade para o terapeuta promover condições para um aprendizado melhor adaptativo ao paciente. Também se espera que os clientes possam expressar esses novos comportamentos aprendidos no tratamento em seu ambiente social, princípio conhecido como generalização. Serão abordadas, a partir de agora, estratégias de avaliação e intervenção dentro do processo psicoterapêutico analítico-comportamental que podem contribuir para o manejo de contingências próprias dos contextos problemáticos vividos pelos pacientes bariátricos.

4.2.1 Análise Funcional

A análise funcional nada mais é do que a busca dos determinantes da ocorrência do comportamento. Sob uma perspectiva behaviorista radical, esses determinantes estão na interação do organismo com o meio. (MOREIRA; MEDEIROS, 2019, p. 194). A unidade de análise e tratamento pode ser muito ampla (molar) ou muito particular (molecular). O benefício de lidar com mais unidades moleculares é geralmente a velocidade e a eficiência dos tratamentos curtos. A vantagem de lidar com unidades mais molares consiste no tratamento geralmente englobar mais setores da vida do paciente, orientando-o a enfrentar novos episódios que surgirem, mesmo depois do encerramento do tratamento (MEYER, 2008).

4.2.1.1 Análise Funcional Molecular

O estudo funcional molecular engloba a análise de contingências particulares (moleculares) essenciais para o entendimento de comportamentos singulares e em contextos específicos. A sua constituição é o fundamento para a formação de análises expandidas, denominadas de análises molares. Para a

constituição de análises moleculares, o artifício elementar é a tríplice contingência, que abrange o reconhecimento de respostas, antecedentes e consequências. Ademais, é possível acrescentar consequências (de frequência da resposta e/ou emocionais) e o desenvolvimento comportamental contido na contingência estudada (reforçamento negativo, reforçamento positivo, punição negativa, punição positiva ou extinção). As etapas para a formação de análises funcionais moleculares são (NERY; FONSECA, 2018):

1º Passo: Identificar a resposta: atividade do organismo, que envolve eventos públicos e privados. Em outras palavras, o terapeuta identificará desde ações publicamente observáveis até respostas privadas/encobertas, como pensamentos, sentimentos e emoções.

2º Passo: Identificar antecedentes: ocasião na qual o comportamento ocorre. Dividem-se basicamente em duas categorias: estímulos discriminativos (SDs) e operações estabelecedoras (OEs). Estímulos discriminativos são estímulos na presença dos quais uma resposta é reforçada. Operações estabelecedoras são eventos antecedentes que podem alterar momentaneamente a efetividade reforçadora de um estímulo e evocar os comportamentos que o produzem (MICHAEL, 1982; 1993; MIGUEL, 2000).

3º Passo: Identificar consequências: estímulos no ambiente produzidos por uma resposta e que alteram a probabilidade de ocorrência dessa resposta no futuro, ou seja, trata-se de uma variável independente. Destaca-se que, nesse caso, a mudança é no ambiente. Podem-se especificar consequências em curto, médio e longo prazo.

4º Passo: Identificar processos: para cada consequência, deve-se especificar qual é a contingência envolvida a partir da relação entre a resposta e a consequência produzida, ou seja, se o processo caracteriza contingência de reforçamento positivo (R+), reforçamento negativo (R-), punição positiva (P+), punição negativa (P-) ou extinção.

5º Passo: Identificar possíveis efeitos: são subprodutos de contingências operantes. De acordo com Baum (1994/2006), são os efeitos que definem comportamentos bem e malsucedidos, de modo que uma atividade é tida como bem-sucedida quando é reforçada, enquanto atividades malsucedidas são aquelas menos reforçadas ou punidas. Assim, os efeitos são colaterais às contingências, ou seja, são produtos da contingência inteira e não determinam diretamente a frequência do comportamento no futuro.

Baum (2006) evidencia que os indivíduos não se sentem bem no instante em que seus comportamentos são penalizados. Por sua vez, em contextos em que seus comportamentos são assentidos, os sujeitos vivenciam boas sensações. Conforme o autor, situações que incluem contingências de reforçamento positivo provocam atitudes emocionais de bem-estar, como orgulho, alegria, felicidade, prazer e confiança.

Contingências de reforçamento negativo habitualmente geram como decorrência o sentimento de alívio. Em contrapartida, contextos que contêm punição positiva produzem reações emocionais ruins, como a culpa, medo, pavor, ansiedade e vergonha. Ademais, o cancelamento de reforçadores, isto é, a punição negativa,

gera sentimentos de desapontamento, frustração e decepção. Evidencia-se, assim, nessa conjuntura, que sentimentos não são resultados das causas do comportamento e sim das contingências (NERY; FONSECA, 2018).

A Análise do Comportamento compreende que a comida exerce função sobre o comportamento de comer como reforçadores aumentam a frequência dessa resposta. Ades e Kerbauy (2002) realizaram um estudo de caso de uma paciente que relatava sua relação com o alimento após a cirurgia. Foi percebido que há um grande prazer em antecipar, no pensamento, a quantidade de comida que será ingerida, como por exemplo “estou com muita vontade de comer um cachorro-quente bem grande”, mas frustração ao lembrar da quantidade possível de ingerir após a redução do estômago, “só de pensar que só posso comer um tequinho... nem adianta comer. Fico com aquela raiva em mim” (ADES; KERBAUY, 2002, p. 6). Esse exemplo aponta para a existência de contingências conflitantes de reforçamento positivo e punição positiva e negativa e consequentes efeitos emocionais que colocam o comer – e o pensar em comer – sob controle de reforçamento positivo em detrimento do comportamento de abstenção.

Pode-se perceber que as contingências que controlam o comportamento de comer são imediatas, pois remetem aos reforçadores positivos dos sabores do alimento que pode ser ingerido. A nova percepção do comer pós cirurgia bariátrica leva o indivíduo a se comportar de forma mais consciente diante de sua nova condição, influenciado pela limitação da quantidade de alimento a ser ingerido. Deste modo, o indivíduo que se dispõe a refletir sobre a quantidade da comida que irá ingerir responde a novas contingências que irão afetar seu comportamento, o que será abordado posteriormente.

4.2.1.2 Análise Funcional Molar

Admitindo como fundamento as análises moleculares, necessita-se procurar análises mais extensas partindo de dados colhidos no decorrer do tempo. Com o intuito de adquirir uma compreensão mais ampla em relação a um caso, a análise do terapeuta precisará abranger a análise da construção de padrões comportamentais, ou seja, a execução de uma investigação molar (macroanálise). A orientação da análise molar consiste em associar os repertórios hodiernos e suas respectivas variáveis mantenedoras aos fatos históricos que possivelmente

colaboraram para a conquista/instauração dos clientes no que tange aos padrões comportamentais (NERY; FONSECA, 2018).

Os fatores a serem inclusos para a formação das análises molares são: contextos hodiernos mantenedores, padrões comportamentais, comportamentos que detalham o padrão, história de aquisição, no momento em que são ou não são úteis (MARÇAL, 2005), de acordo ao exposto a seguir:

1º Passo: Identificar padrões comportamentais: um padrão comportamental pode ser caracterizado por comportamentos ou características que ocorrem em diferentes contextos e apresentam a mesma função, ou seja, produzem consequências semelhantes.

2º Passo: Identificar histórico de aquisição: a análise molar, diferentemente da molecular, inclui a investigação do provável histórico de aquisição dos padrões comportamentais do cliente. Isso significa que o terapeuta deve explorar situações passadas que podem ter contribuído para a construção de determinados padrões.

3º Passo: Identificar contextos atuais mantenedores: faz-se necessário investigar possíveis contextos atuais mantenedores, que seriam condições em que o cliente está inserido atualmente e que favorecem a manutenção do padrão.

4º Passo: Consequências que fortalecem o padrão/consequências que enfraquecem o padrão: um importante elemento para a composição de análises molares é a análise motivacional, a qual consiste na identificação de consequências que reforçam o padrão (benéficas/reforços em curto, médio e longo prazo) e consequências que enfraquecem o padrão (perdas/desvantagens/estimulação aversiva/punidores em curto, médio e longo prazo). (MARÇAL, 2005).

Um tipo de reforçador molar é a aceitação social difusa que pode regular comportamentos que constituem relações interpessoais lisonjeiras e deleitáveis, ainda que tal aprovação social carregue consigo dispêndios de outros efeitos reforçadores imediatos. Outra excelente função dos intensificadores molares é retirar os estímulos associados a ameaças e perigos, que controlam o ciclo molar de evitação e as respostas defensivas à agressão (FARMER, 2005). Deste modo, à experiência psicológica sobre a percepção do corpo, conforme pode ser observado na literatura, demonstra um descontentamento com o que é visto, Cash (1993 *apud* SAUR; PASIAN, 2008, p. 199) diz que: “[...] é uma imagem corporal depreciativa. [...] a insatisfação com o peso está intimamente relacionada à ênfase cultural na magreza e ao estigma social atribuído aos que neste padrão não se encaixam, principalmente nos indivíduos com obesidade”.

A obesidade é resultado de uma ampla gama de fatores, dentre eles, o padrão de comportamento alimentar e de outros comportamentos que podem ser incluídos na categoria autocuidado (controle dos indicadores de saúde,

acompanhamento médico, prática regular de atividades físicas, manejo de estresse, entre outros. Nesse sentido, as análises molares oferecem ao terapeuta uma visão macro do problema apresentado em diversos contextos da vida do cliente. As análises molares possibilitam o reconhecimento do comer enquanto um padrão, o entendimento das variáveis de aquisição desse problema, a função da comida na vida do paciente e os contextos mantenedores desses padrões. Tal visão possibilita o traçado de objetivos terapêuticos adequados à cada caso em particular e intervenções apropriadas para as contingências de vida daquele paciente.

4.2.2 Modelagem

A modelagem é uma sequência de aprendizagem gradual na qual o resultado é gradualmente alterado pelo reforço diferencial aproximações sucessivas de uma resposta conclusiva esperada. Isso pode acontecer de maneira completamente inesperada durante as contingências ou durante o planejamento do analista do comportamento (BORGES; CASSAS, 2012).

São os critérios para se falar em modelagem:

- ✓ o reforçamento diferencial, que corresponde no reforço de determinadas respostas e de outras não;
- ✓ as aproximações sucessivas, qual seja a modificação gradativa da resposta quanto ao critério para reforço.

Os parâmetros de reforçamento são normalmente fundamentados em propriedades das respostas, como direção, topografia, duração, força, atraso, etc. A modelagem como uma técnica inicia com o reforçamento de conceitos que têm analogia com o esperado ou que representem um pré-requisito para o mesmo. Os parâmetros para reforçamento alteram-se à medida que a resposta se aproxima da resposta-alvo conclusiva (BORGES; CASSAS, 2012).

O aprimoramento de resposta provoca um espectro de resposta com grau superior ou inferior de semelhança da resposta modelada. Fortalecer as mais próximas de você emitirá respostas diferentes, algumas sendo mais similares à resposta-alvo comparadas as demais. Desse modo, o reforço seleciona gradualmente as respostas até a ocorrência da final, e então é reforçada (BORGES; CASSAS, 2012).

Deve-se notar que é a variabilidade comportamental que viabiliza o desenvolvimento da modelagem possível: somente quando a resposta se diversifica nas dimensões apropriadas podemos amplificar as mudanças que se assemelham da resposta-alvo conquistada (LIMA, 2019). Nessa vertente, Catania (1999, p.130) relata que “modelagem se trata de uma variedade de seleção sendo o equivalente ontogenético da seleção filogenética acontecido durante a evolução biológica”.

Inserida por Skinner (1957), a modelagem, em testagens que analisaram a conquista e diferenciação de respostas comuns por indivíduos não os humanos.

Para a utilização com sucesso do processo de modelagem, precisa-se que seja executado e planejado:

Definir precisamente a resposta-alvo final; Selecionar o estímulo reforçador que será utilizado; Escolher a primeira resposta a ser reforçada respeitando dois critérios a resposta precisa ser emitida com uma frequência mínima e deve ter alguma dimensão em comum com a resposta-alvo final; Confeccionar uma lista hierárquica de respostas, começando pela primeira resposta a ser reforçada e terminando com a resposta-alvo, desenvolvendo assim um continuum de respostas possíveis entre estes dois pontos; Determinar o número de vezes que cada resposta da lista será reforçada; Começar o procedimento de reforçamento diferencial; Mudar de critério a cada vez que a resposta em questão tiver sido reforçada o número de vezes estabelecido; Reforçar continuamente, quando a resposta-alvo final for emitida. (BORGES; CASSAS, 2012, p. 168).

Logo, a modelagem consiste em uma estratégia de intervenção que pode ser aplicado na administração de déficits e excessos comportamentais integralmente das espécies. Entretanto, a modelagem detém de certas limitações consideráveis, das quais ressaltam-se (BORGES; CASSAS, 2012):

- a) A modelagem de certas espécies de comportamento pode demorar muito - diversas aproximações sequenciadas chegando à emissão da resposta-alvo final - ou colocar o indivíduo em risco.
- b) Considerando que as alterações na resposta aconteçam de maneira não linear, a capacidade do analista do comportamento em examinar e reforçar mudanças por menores que sejam rumo à resposta-alvo é problema para o êxito da modelagem. Em contrapartida, se as alterações retratas não tenham sido reforçadas, são possíveis de passar a ocorrer gradativamente com menor periodicidade, adulterando todo o procedimento. No entanto, se as mesmas estiverem exageradamente reforçadas, podem acontecer assiduamente, impossibilitando o desenvolvimento para respostas que mais se assemelham à resposta-alvo final.
- c) A modelagem exige um contínuo acompanhamento de todo o desenvolvimento objetivando o reforço das variações comportamentais mais adjacentes da resposta-alvo, o que ocorre com pouca periodicidade. É importante salientar que essa meta pode ser ultrapassada se a resposta-alvo final escolhida for suscetível de ser modelada no decorrer do espaço de tempo acessível – como exemplo, tem-se uma sessão de terapia.
- d) Comportamentos perigosos ou nocivos para a sociedade e para o indivíduo em particular são possíveis de serem modelados inadvertidamente no momento em que cuidadores e profissionais não tem a noção do efeito das complicações sobre o comportamento (BORGES; CASSAS, 2012).

O método de modelagem é uma maneira eficiente de produzir novas respostas ou alterar respostas já existentes no repertório de uma pessoa. No lugar de aguardar que uma nova resposta aconteça eventualmente para reforçá-la, o profissional do comportamento a provoca, reforçando sucessivamente e gradualmente respostas progressivamente mais semelhantes (WHALEY; MALOTT, 1980). Podendo ser utilizada em todos os setores, a modelagem atua nas esferas que existe comportamento: contanto que a clínica psicológica tradicional até aos mais diversos meios. Deste modo, com o paciente bariátrico, uma das possibilidades de intervenção, através da modelagem, seria o treino de alto controle para a manutenção das novas contingências, decorrentes do processo pós-cirúrgico.

4.2.3 Desenvolvimento de variabilidade comportamental

O termo “variabilidade comportamental” refere-se à quantidade de repertório presente na vida de cada indivíduo para enfrentar diferentes circunstâncias, isto é, a existência de variabilidade no comportamento do paciente que é demonstrado na maneira como procede com suas atividades, a maneira como as resolve e como distingue o seu gosto e o que faz na vida. Variar é experimentar muitas possibilidades, é fazer coisas diferentes, é mudar o curso de ação (FONSECA JÚNIOR, 2016).

Quanto ao repertório comportamental, Zortea (2013) explica que esses repertórios apresentam respostas comportamentais expressadas pelas pessoas a contar do seu nascimento até o dia da sua morte, possuindo cada ser seu próprio repertório a partir de comportamentos designados a partir das contingências de reforçamento que cada indivíduo presenciou, em outras palavras, mediante suas experiências particulares, logo pode-se afirmar que se trata da especificidade de cada paciente. Por conseguinte, conforme alude Skinner (1974) repertório está ligado àquilo que o indivíduo pode realizar em determinadas circunstâncias.

Indivíduos que possuem um repertório comportamental desabastecido ou com pouca variação necessitam para dilatar de maneira real seu repertório, experienciar coisas novas, gerar situações discriminantes e de aprendizado para que possa haver a variação comportamental e por conseguinte, expandir as perspectivas e arranjos para comportamentos novos. Sendo um dependente do outro. A variabilidade de comportamento depende do número de acasos que vivenciamos ou

vivenciaremos em nossas vidas, o que significa ter uma grande variedade de repertórios (LIMA, 2019).

Segundo Borges e Cassas (2012), ter um repertório variado não significa que teremos que ser capazes de defrontar com todas as situações da vida, mas de certo há uma grande chance de que isso aconteça, uma vez que tenhamos experiências diferentes. Isso de fato nos capacitará para enfrentar as infelicidades, de modo que, o desfecho destas reduzirá mediante as experiências já vividas. Diante disso, os comportamentos esperados no enfrentamento da obesidade podem ser justificados através do autocontrole, uma vez que é definido pela preferência de um reforçador de maior magnitude a longo prazo em detrimento de um reforçador de menor magnitude a curto prazo (LIMA *et al.*, 2014).

4.2.4 Regras e Autorregras

Na Análise Comportamental, segundo Skinner (1994), podemos levar em consideração determinadas formas de aprendizado, a exemplo o controle por regras, onde estas são estímulos antecedentes orais que especificam contingências. A regra pode ser apresentada de forma direta entre um falante e um ouvinte ou através de instrumentos, tais como, sinais, avisos luminosos, placas, gestos, etc.

Podendo ser entendido através de modelagem, o comportamento ocorre através do controle por exibição contínua às contingências. À vista disso, as pessoas aprendem vivenciando os efeitos de suas atitudes ao mundo. Geralmente, comportamentos controlados por normas são entendidos muito mais rápido comparados a comportamentos regidos diretamente por situações de contingência, devido ao fato de que no aprendizado de obrigações existe um detalhamento completo da contingência, por exemplo: "se você ingerir uma pequena quantidade de alimento várias vezes, mas esse alimento tem uma tabela nutricional pobre, por menor que seja quantidade, você terá problemas em controlar o peso" (LIMA, 2019).

Skinner (1994) argumenta, no entanto, que o comportamento modelado por eventos aleatórios tem mais reconhecimento pelo próprio indivíduo, devido ao fato principal de se tratar de suas próprias experiências, ou seja, o contato espontâneo do organismo com reforçadores.

Expõe Lima (2019) que muitos pacientes com uma cronologia de vivência com menor exposição às circunstâncias imprevisíveis e de muitas regras, conforme

os conceitos retratados geralmente não são expostos a muitas contingências, o que significa que possuem um repertório restrito que pode ocasionar algumas limitações e frequentemente trazem sofrimento, tendo que "eles não sabem agir" em contextos adversos. De acordo com a *Psychological Considerations* (2006, *apud* Cavalcante 2009, p. 33), existem algumas consequências psicológicas após a cirurgia bariátrica, podendo ser positivas ou negativas:

“Dentre as positivas, destacam-se o aumento da auto-estima, diminuição da avaliação negativa sobre a imagem corporal, melhoramento no comportamento alimentar e melhoria da qualidade de vida. Entre as negativas destacam-se a crise de identidade, demanda por novos relacionamentos, familiar ou conjugal, um esforço para aceitar a mudança do corpo, necessidade de reaprender a se alimentar, estabilidade na perda de peso, dificuldade em assumir um olhar “normal” sobre o corpo, e o permanente monitoramento da alimentação.

Normalmente denominamos pessoas de "maduras", quando possuem um repertório eficiente de comportamentos em uma variedade de situações e são capazes de gerar reforços positivos ou esquivar-se dos indesejados. Segundo Guilhardi (2012), um indivíduo adulto consegue apresentar variabilidade comportamental que provoca uma maior sensibilidade aos reforços disponíveis no meio que vivem e proceder melhor perante o controle dos contextos atuais comparado ao vigor do controle de regras.

Porém, conforme o autor supracitado, a maturidade não progride apenas com o curso do tempo, devido abranger uma gama complexa e ampla de comportamentos precisam e podem ser mantidos e implementados. Esses comportamentos são determinados por suas experiências de vida.

Zortea (2013), retrata em sua obra *Especialismos Comportamentais*, expõe que seria um equívoco tornar-se especialista alguma coisa na vida. Já que, segundo ele, a vida deve se firmar e amparar perante diversos pilares, pode ser prejudicial concentrar em somente um objeto toda dedicação. Portanto, pacientes com baixo repertório comportamental e que não se arriscam a novas possibilidades causariam uma limitação no progresso dos comportamentos mais eficazes para enfrentar a vida e suas diversas imprevisibilidades. Diante disso, Cavalcante (2009, p. 31) afirma que “existem estudos que sugerem que alguns indivíduos podem não responder positivamente ao tratamento cirúrgico, mas afirmar o contrário também não é uma atitude sensata”. O objetivo principal da cirurgia é a saúde física e clínica, como

afirmam Gleiser e Candemil (2006, *apud* Cavalcante, 2009, p. 31), assim “a cirurgia não cura os sintomas psíquicos da obesidade, tampouco a questão estática”.

Lima (2019) aduz que, alterar, expandir, diversificar esse repertório é uma atitude realizável, que pode envolver altos custos de resposta no caso de uma proposta de saída da zona de conforto, porém é fundamental. Abandonar certas obrigações e autorregras, abandonar o que frequentemente nos impede, gostos ou o que estamos habituados, é a introdução de um hábito diferente, vivenciando possibilidades que anteriormente não eram imaginadas e lidando de frente com eventualidades em vigor e os efeitos de novas escolhas.

Assim, no processo terapêutico, expandir e formar um repertório comportamental diversificado também é a meta do profissional, no meio de diversas questões, auxiliar o cliente a progredir o repertório significa contribuir com a busca e encontro de circunstâncias favoráveis que tenham efeitos potencializadoras em sua vida. Assim, a terapia tem função essencial nesse processo, ajudando o cliente a compreender a importância de diferentes comportamentos para um repertório de enfrentamento eficaz na vida (LIMA, 2019). Ao mencionar os efeitos do tratamento cirúrgico da obesidade Benedetti (2003, *apud* Cavalcante, 2009, p. 40) destaca a importância da conquista da autonomia, sobre expressar o que sente mesmo que não seja algo positivo, deixando claro a necessidade de limitar até onde os outros podem interferir em suas escolhas, sendo seres socialmente ativos.

4.3 Liberdade e autocontrole na vida pós-bariátrica

O termo "liberdade", como diversas outras expressões, pode ser usado de diferentes maneiras e em diversos contextos. Um observador comportamental pode, em última análise, proteger certos tipos de liberdade, mesmo tomando como pressuposto o determinismo. Não existe contradição nisso, como observamos ao investigar alguns dos possíveis significados do termo (ANDRADE; REGIS NETO, 2010).

Conforme Faggian (2008), no autocontrole assume-se que existe um comportamento de evitação muito peculiar, pois decorre de um conflito de consequências para uma mesma reação, e não apenas de estímulos aversivos.

4.3.1 Liberdade como sentimento

As relações comportamentais entre indivíduos que geram reforço positivo resultam na presença de determinados estados emocionais que podem ter diversos nomes: amor, entusiasmo, felicidade, fé, segurança, confiança, interesse, perseverança, dedicação e prazer representam somente uma parte deles. (CUNHA; BORLOTI, 2005).

Nos momentos que nossos hábitos são reforçados positivamente, apresentamos a sensação que estamos realizando aquilo o que desejamos, prezamos ou escolhemos. Não existe a presença de obrigação ou coerção - somente a sensação de liberdade (BORGES; CASSAS, 2012). Correlacionando a liberdade aos comportamentos problemas da obesidade, entende-se que há uma ambivalência ao consumo de alimentos calóricos em grande quantidade, pois contingências dessa natureza possuem reforçadores imediatos, e consequências aversivas a longo prazo a depender da frequência de consumo do alimento (LOGUE, 1988, *apud* LIMA *et al.*, 2014).

4.3.2 Liberdade como diminuição ou eliminação da coerção

Podendo originar relatos benéficos, o reforço positivo produz a sensação de liberdade, as relações comportamentais coercivas (reforço negativo ou punições) podem ter como consequência relatos de outros sentimentos (por exemplo, ansiedade, tristeza e raiva) e uma "luta pela liberdade" - que nesse contexto representa a luta para combater esse tipo de relacionamento (FERNANDES; DITTRICH, 2018).

Skinner (1971, p. 31) examinou em profundidade o conflito em busca dessa forma de liberdade e reconheceu sua relevância: "A literatura sobre liberdade deu uma importante contribuição para extinguir diversas ações repulsivas no governo, na educação, vida familiar, religião e sociedade. bens".

Uma das questões que Skinner expôs na mesma produção é que os indivíduos se inclinam a reconhecer a falta de coerção com a liberdade plena, desprezando o tipo de controle mais poderoso - ou seja, o que é realizado por meio de reforço positivo. Sua característica de poder, entre outras coisas, atribui-se devido ao fato de não termos o costume de nos rebelar contra ele - na verdade, nem mesmo costumamos considerá-lo uma espécie de controle (BORGES; CASSAS, 2012).

Sidman (2009) afirma que pacientes obesos provavelmente abandonarão os cuidados de um médico que lhes diz para parar de comer, e conseqüentemente, irão procurar um outro profissional que lhes digam o que fazer para tornar-se magro mesmo que eles não alcancem este objetivo. Assim, o controle por reforçamento negativo também tornará o ambiente coercitivo: “se conseguimos que outros façam o que queremos, deixando-os fugir de algo desagradável ou nocivos, eles também fugirão, se possível, dos lugares onde tal coerção ocorreu – e de nós” (SIDMAN, 2019, p. 110).

4.3.2.1 Liberdade como autocontrole

Via de regra, o clínico analítico-comportamental busca que seu paciente "assuma o controle de sua vida", seja independente e autônomo, administre seu cotidiano - entre outras coisas, com o objetivo de que ele não dependa do clínico, assim aduz Borges e Cassas (2012).

O analista comportamental, como parte essencial do ambiente de seu paciente, modifica parte de seu repertório comportamental. Assim, o mesmo instrui seus clientes a observar seu próprio comportamento e os aspectos que agem neles mesmos (BAUM, 2006). Após essa ação, ele estará produzindo em seus pacientes aquilo que Skinner (1965, cap. 15) denominou de autocontrole – ou seja, estará viabilizando a eles a chance de controlar e reconhecer alguns dos fatores que induzem seu comportamento pessoal.

Em determinada lógica, entretanto, pode-se dizer que as pessoas que mostram um alto nível de autocontrole demonstram ser mais autônomas, "livres" e independentes comparada a aquelas que não o fazem. Nesse sentido, o clínico analítico-comportamental procura instruir e propiciar a liberdade (BRANDESBURG; WEBER, 2005).

Se entendermos a expressão "liberdade" em todos esses três significados, podemos constatar que os analistas do comportamento - incluindo os clínicos analítico-comportamentais - frequentemente promovem a liberdade (BORGES; CASSAS, 2012).

Para apoiar o paciente, é preciso interpretar a liberdade a seu modo e evidenciar que compreender tal definição, à luz da Análise do Comportamento, traz ao paciente diversos benefícios como chance de entender quais dificuldades o afetam

e entender como encará-los, e ainda ser apto a alterá-los (LIMA, 2016). Quando um indivíduo obeso come um pedaço dele bolo (comportamento) sente-se reforçado positivamente pelo sabor ali impregnado, mas ao mesmo tempo, existe aversividade neste comportamento, já que seu pode ser alterado para mais ao ingerir o bolo, conforme explica Lima *et al.*, (2014, p. 26) e continua:

“O indivíduo que emite este comportamento de comer cotidianamente bolos, pode vir a desenvolver um repertório de autocontrole quando muda o caminho do trabalho para não passar próximo da padaria na qual tradicionalmente come o bolo”

Desta forma o evento que anuncia a oferta do bolo não ocorrerá, já que o organismo passou a emitir uma resposta controladora, alterando a rota na volta do trabalho criou-se uma estratégia para o reforço positivo de manter-se no peso, aumentando assim a probabilidade de voltar a emitir a resposta controladora.

4.3.3 Autocontrole na vida pós bariátrica

Após a cirurgia bariátrica, possivelmente acontecerão mudanças emocionais, visto que cada paciente compreende a cirurgia de uma forma. É por isso que o acompanhamento psicológico após a cirurgia pode ajudar o paciente a refletir sobre suas novas experiências de vida, como buscar satisfação e como lidar com a sua própria dor. Nessa perspectiva, podemos entender que não existe um comportamento padrão único durante o período de ajuste pós-operatório (BIRCK *et al.*, 2018).

Voltar aos velhos hábitos não é saudável, pois isto implica em reganho de peso e possivelmente o desenvolvimento de novas patologias e comorbidades. As sessões de terapia têm como finalidade conduzir o paciente a criar repertório para lidar com as contingências desafiadoras do seu cotidiano, como por exemplo o autocontrole, promovendo assim um autoconhecimento, a fim de que perceba como é estar no controle total e ainda entender como é não estar sobre controle de suas inclinações (SILVA NETO, 2018).

Segundo Silva Neto (2018), para todo paciente bariátrico, cada comportamento de escolha tem uma consequência, é de interesse de cada indivíduo considerar e buscar escolher entre duas respostas que podem levar a consequências do mesmo valor para que, conseqüentemente, possa vir colher bons frutos proporcionados pela sua primeira escolha, qual seja a cirurgia bariátrica (SKINNER,

1965). Ele afirma ainda que: “Com frequência o indivíduo vem a controlar parte de seu próprio comportamento quando uma resposta tem consequências que provocam conflitos - quando leva tanto a reforço positivo quanto a negativa” (SKINNER, 1965, p.252).

O processo de vivenciar o pós-operatório mediato, manifestado sobretudo por uma redução significativa do peso corporal, tem se caracterizado como o início do maior desafio desse processo. Para atingir esse objetivo, os indivíduos devem pensar em mudar seus hábitos alimentares e de atividade física (INSTITUTO GARRIDO, 2017).

4.3.4 O papel da relação terapêutica

Skinner (1965; 1994) explana que a audiência não punitiva apresenta uma característica compartilhada por diferentes tipos de terapia, agregando sua relevância para a mudança terapêutica. A história de controle aversivo é uma característica muito comum a um grande número de clientes (SIDMAN, 1995).

A audiência não punitiva possui profunda ligação com a instituição do elo terapêutico, visto que promove confiança do paciente com o clínico. Ao não punir o comportamento verbal do paciente, o terapeuta mudará sua própria função enquanto estímulo. É provável que atue como um estímulo discriminativo para o comportamento verbal do cliente, e não como um estímulo aversivo condicional para esse comportamento. O paciente, portanto, confiará no terapeuta ao relatar e não punirá o que este vier a contar, ampliando a possibilidade de expor temas que não compartilharia nem consigo mesmo se estivesse na função de ouvinte (RANGÉ, 1995).

Dada a importância do acompanhamento psicoterapêutico antes e depois da cirurgia bariátrica, a audiência não punitiva conduz o paciente a se expressar de maneira mais desinibida, proporcionando assim ao clínico uma real análise do paciente, uma vez que a barreira quebrada pela confiança lhe proporcionou, o que colabora para a devida intervenção para que este alcance seu objetivo, qual seja a continuação de perda de peso e o alcance de seu peso-objetivo e a restauração de sua autoestima (AUGUSTO, 2002). A audiência não punitiva é uma característica importante na terapia, pois promove uma mudança no processo, auxiliando o paciente bariátrico estar manifestando o comportamento de verbalizar seus sentimentos,

gostos, etc. (SKINNER, 1994) Muitos clientes falam sobre o controle coercitivo provocados pelos pais, professores, etc, tendo a punição sobre o comportamento verbal (SIDMAN, 1995).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar e intervir nos processos de suas manifestações comportamentais sempre buscando bem-estar e uma melhor qualidade de vida, a psicologia de base analítica-comportamental exerce de maneira conjunta com a cirurgia bariátrica, através reforços positivos e negativos (desde que dosados, para que não venha desenvolver reações não preteridas) o reforço de comportamentos saudáveis e a extinção de comportamentos/hábitos não saudáveis.

Com o trabalho clínico e exposição do poder do paciente estar no controle para tomar novas decisões quanto aos seus velhos hábitos e comportamentos que não agregariam ao seu novo estilo de vida, bem como apenas interferiria no peso-meta.

A sensação proporcionada pela cirurgia bariátrica sozinha não consegue manter seus efeitos, logo, mostrando-se necessária a intervenção psicológica para a adequação desses comportamentos.

Quando se trata de perder peso, a psicologia pode trazer muito para os especialistas em nutrição e medicina. Ajuda a entender por que quem está fazendo dieta deve saber o que fazer, mas não pode fazer o que deveria. Perder peso envolve mudar seus pensamentos, hábitos e ganhar novos comportamentos.

O acompanhamento psicológico apresentará ao indivíduo uma nova estratégia de sobrevivência emocional além da alimentação. Ao entender que, muitas vezes, a inadequação alimentar está ligada puramente ao entusiasmo ou a gratificação imediata, sendo utilizado diversas vezes como escape, camuflador de situações desagradáveis, logo não executando sua função real.

O acompanhamento psicológico no pós-operatório também faz parte do suporte multiprofissional necessário à promoção da saúde mental e prevenção de agravos à saúde. Desse modo, as intervenções do psicólogo contribuem para a adaptação do paciente e de sua família a um novo estilo de vida e mudanças nos hábitos alimentares, forma corporal, convívio social, enfrentando requisitos de emagrecimento como autoestima, autoestima, assertividade e em promover o

desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de problemas como ansiedade e estresse, relacionados ou não ao tratamento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidade e indagações. **Psicologia USP**, v.13, n. 1, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/fvvC8TwgVg99ysSSKpxj8Fs/?lang=pt>. Acesso em: 06 jun. 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (APA)**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Obesidade e sobrepeso**. São Paulo, [2000?]. Disponível em: <https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 11 mar. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da obesidade no Brasil**. São Paulo, 2020. Disponível em: [https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde,\(IMC\)%20acima%20de%2030](https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde,(IMC)%20acima%20de%2030). Acesso em: 11 mar. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Mecanismo genético poderia levar à baixa produção de leptina**. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://abeso.org.br/mecanismo-genetico-poderia-levar-a-baixa-producao-de-leptina/#:~:text=Pessoas%20com%20obesidade%2C%20em%20sua,a%20resistir%20a%20sua%20a%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 26 maio 2021.
- ABREU-RODRIGUES, J.; SANABIO-HECK, E. Instruções e auto-instruções contribuições da pesquisa básica. In: ABREU, C. N. de; GUILHARDI, J. H. (org.). **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas**. São Paulo: Editora Roca, 2004. p. 152-168.
- ADAMS, T. D. *et al.* Long-Term mortality after gastric bypass surgery. **The New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 8, p. 753-61, 2007.
- ALEGRÍA, C. A.; LARSEN, B. “That’s who I am: A fat person in a thin body”: weight loss, negative self-evaluation, and mitigating strategies following weight loss surgery. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 27, n. 3, p. 137-144, 2013.
- ALMEIDA, A. N. *et al.* Psychosocial aspects in bariatric surgery: the association among emotional variables, job, relationships and body weight. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 24, n. 3, p. 226-231, 2011.
- ALVES, J. B. G. *et al.* Obesidade e sua relação com alimentação e o esporte. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 5, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbme/v11n5/27591.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.
- ANDRADE, D. M.; REGIS NETO, D. M. **Liberdade e autocontrole: uma discussão sob o enfoque analítico-comportamental**. 2010. Monografia (Bacharel em Psicologia) - Universidade São Francisco, São Paulo, 2010. Versão reduzida. Disponível em: <https://gedacmt.files.wordpress.com/2014/11/liberdade-e-autocontrole-uma-discussc3a3o-sob-o-enfoque-analc3adtico-comportamental.pdf>. Acesso em: 27 maio 2021.

ARASAKI, C. H. Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. *In*: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (org.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. p. 287-296.

AUGUSTO, C. Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 4, n. 2, p. 105–118, 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000200004. Acesso em: 28 maio 2021.

BAUM, W. M. **Compreender o Behaviorismo**: comportamento, cultura e evolução. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Artmed, 2006. 312 p. Obra originalmente publicada em 1994.

BASTOS, E. C. L. *et al.* Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 26, sup. 1, p. 26-32, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000600007>. Acesso em: 8 jun. 2021.

BIRCK, M. D. *et al.* Grupo de apoio psicológico pós cirurgia bariátrica: relato de experiência. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, v. 38, n. 95, p. 202–208, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000200007. Acesso em: 27 maio 2021.

BOHRER, B. K; FORBUSH, K. T; HUNT, T. K. Are common measures of dietary restraint and disinhibited eating reliable and valid in obese persons? **Appetite**, v. 87, p. 344-51, 2015.

BONAZZI, L. G. A intervenção nutricional no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade e Emagrecimento**, v. 1, n. 5, p. 56-69, 2015.

BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. **Clínica analítico -comportamental**: aspectos teóricos e práticos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRANDESBURG, O. J.; WEBER, L. N. D. Autoconhecimento e liberdade no behaviorismo radical. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 87-92, jan./jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Epidemiologia**: relevância do problema e conceito e classificação. Brasília, 2006. p. 16-26. (Cadernos de Atenção Básica. n. 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://saudebrasil.saude.gov.br/ter-peso-saudavel/videos/obesidade>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do sobrepeso e obesidade em adultos**. Brasília, 2020. Portaria SCTIE/MS N° 53.

BRYANT, E. J. *et al.* Obesity and eating disturbance: the role of TFEQ restraint and disinhibition. **Current Obesity Reports**, v.8, p. 363-72, 2019.

CAMARGO, S. M. Preparação multidisciplinar pré-cirúrgica Bariátrica na visão do cliente. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 6, n. 32, p.45-50, 2015.

CAPPELLERI, J. C. *et al.* Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. **International Journal of Obesity**, v. 33, n. 6, p. 611-20, 2009.

CATANIA, A. C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CAVALCANTE, R. de C. **Análise Comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8655/1/arquivo814_1.pdf. Acesso em: 01 jun. 2021.

COSTA R. C. *et al.* Outcomes on quality of life, weight loss, and comorbidities after roux-en-y gastric by-pass. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 51, n. 3, p. 165-170, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 2.131/ 2015**. Altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942/10, publicada no D.O.U. de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2131>. Acesso em: 06 jun. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (São Paulo). **ANS atualiza rol de procedimentos**. São Paulo, [2014]. Entrevista com psicóloga Isabel Paegle. Disponível em: http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/177/frames/fr_saude.aspx. Acesso em: 01 mar. 2021.

COSTA, N. O surgimento de diferentes denominações para a terapia comportamental no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 13, p. 46-57, 2011.

COUTINHO, W. F.; BENCHIMOL, A. K. Obesidade mórbida e afecções associadas. *In*: GARRIDO JUNIOR, A. B. *et al.* **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.13-17

CUNHA, L. S.; BORLOTI, E. B. Skinner, o sentimento e o sentido. *In*: BORLOTI, E.; RIBEIRO, M. L. P.; ENUMO, S. R. F. (org.). **Análise do comportamento: teorias e práticas**. Santo André: ESETec., 2005. p. 47-57.

DE-FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (org.). **Formulação de casos em análise comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DE-FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

DELBIN, M. A. Obesidade e sua influência nas doenças cardiovasculares. **Revista SOCESP**, v. 29, n. 2, p.30-34, 2015. Disponível em: www.socesp.org.br/revista/assets/upload/revista. Acesso em: 8 jun. 2021.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>. Acesso em: 8 jun. 2021

DUARTE, M. I. *et al.* Impact on quality of life, weight loss and comorbidities: a study comparing the biliopancreatic diversion with duodenal switch and the banded Roux-en-Y gastric by-pass. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 51, n. 4, 2014.

EDLER, S. **Tempos compulsivos**: a busca desenfreada pelo prazer. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2017.

FAGGIAN, L. F. **Um estudo sobre as variáveis envolvidas no autocontrole e no processo de recidiva de comportamentos impulsivos**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008.

FARMER, R. F. Temperament, reward and punishment sensitivity and clinical disorders: Implications for behavioral case formulation and therapy. **International Journal of Behavioral and Consultation Therapy**, v. 1, n. 1, p. 56-76, 2005.

FERNANDES, R. C.; DITTRICH, A. Expanding the behavior-analytic meanings of “freedom”: the contributions of Israel Goldiamond. **Behavior and Social Issues**, v. 27, p. 4-19, 2018.

FERREIRA, L. K. O. Qualidade de vida de pacientes pós-bariátricos. **Revista de Endocrinologia da USP**, v. 13, n. 4, p. 14-20, 2015.

FERREIRA, R. F. Dados da obesidade no Brasil. **EFDeportes.com**, v. 19, n. 202, mar. 2017. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

FERSTER, C. B. A functional analysis of depression. **American Psychologist**, v. 28, p. 857-70, 1973.

FIGURA, A. *et al.* Determinants of Weight Loss following Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: The Role of Psychological Burden, Coping Style, and Motivation to Undergo Surgery. **Journal of Obesity**, Hindawi Publishing Corporation, v. 2015, 2015. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/626010>.

FONSECA JÚNIOR, A. R. Introdução ao conceito de variabilidade comportamental. **Portal Comporte-se**, 15 mar. 2016. Disponível em: <https://comportese.com/2016/03/15/introducao-ao-conceito-de-variabilidade-comportamental>. Acesso em: 14 abr. 2021.

FRANÇA, T. B. H. de. **A função do psicólogo na equipe de cirurgia bariátrica**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1425249737.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

FRANCISCHI, R. P. P. *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.

GIGANTE, D. P. *et al.* Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 236-46, 1997.

GORDON, P. C. **Avaliação longitudinal psicopatológica e de personalidade de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**: implicações prognósticas. 2014. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

GLENN, S. S.; FIELD, D. P. Functions of the environment in behavioral evolution. **The Behavior Analyst**, v.17, n.2, p. 241-259, 1994.

GUILHARDI, H. J. **Alguns comentários sobre a maturidade pessoal**. Campinas: Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento, 2012. Disponível em: <https://itrcampinas.com.br/txt/maturidade.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

HALPERN, A. A epidemia de obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 43, n. 3, jun. 1999.

HOLLYWOOD, A.; OGDEN, J.; PRING, C. The impact of a bariatric rehabilitation service on weight loss and psychological adjustment - study protocol. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22480247/>. Acesso em: 25 maio 2021.

INSTITUTO GARRIDO. **A qualidade de vida após a cirurgia bariátrica**. São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.institutogarrido.com.br/2017/11/07/a-qualidade-de-vida-apos-a-cirurgia-bariatrica/#:~:text=O%20paciente%20p%C3%B3s%20bari%C3%A1trica%20precisa,dedica%C3%A7%C3%A3o%20no%20dia%20a%20dia>. Acesso em: 28 maio 2021.

JONAS, A. L. Regras e auto-regras no contexto terapêutico. **Revista Integração**, n.37, abr./maio/jun. p. 187-190, 2004.

JUSTINO, Y. A. C. *et al.* Modificações comportamentais entre o pré e o pós-operatório de pacientes bariátricos. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 2, p. 577-599, maio/ago. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682018000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 jun. 2021.

KALARCHIAN, M.; MARCUS, M. D. Psychosocial Interventions Pre and Post Bariatric Surgery. **European Eating Disorders Review**, v. 23, n. 6, p. 457-462, 2015.

KERBAUY, R. R. **Autocontrole**: manipulação das condições antecedentes e consequentes do comportamento alimentar. 1973. (Tese de Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1973.

KOLOTKIN, R. L. *et al.* Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. **Obesity Research**, v. 9, n. 2, p.102-11, 2001.

LEAL, C. W.; BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 324-327, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/GzdwGp8sGNvBqvhDjkXv5MM/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2021.

LIMA, A. O conceito de liberdade favorecendo o autoconhecimento na clínica analítico comportamental. **Portal Comporte-se**, 15 maio 2016. Disponível em: <https://comportese.com/2016/05/12/o-conceito-de-liberdade-favorecendo-o-autoconhecimento-na-clinica-analitico-comportamental#comments>. Acesso em: 24 maio 2021.

LIMA, A. Variabilidade para a construção de repertórios comportamentais mais efetivos. **Portal Comporte-se**, 23 fev. 2019. Disponível em: <https://comportese.com/2019/01/23/variabilidade-para-a-construcao-de-repertorios-comportamentais-mais-efetivos>. Acesso em: 25 maio 2021.

LIMA, D. da S. *et al.* Paradigmas do autocontrole e o tratamento da obesidade. **Fragmentos de Cultura**, v. 24, esp., p. 25-36, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/nti/AppData/Local/Temp/3562-10348-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

LIMA, E. R. **O papel da relação terapêutica para o sucesso da terapia**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2007. Disponível: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2925/2/20211448.pdf> Acesso em: 20 maio 2021.

MACHADO, P. Obesidade: um mal bem gordo: o excesso de gordura é uma doença e precisamos nos livrar dele para fugir de outros males, não só por estética. **Uol Viva Bem**, 2019. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/reportagens-especiais/os-perigos-da-obesidade-a-saude/>. Acesso em: 28 maio 2021.

MACHADO, R. Cuidados necessários após a bariátrica. **Portal Drauzio Varella**, [2020?]. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/obesidade/cuidados-necessarios-apos-a-bariatrica/>. Acesso em: 28 maio 2021.

MAGNO, F. C. C. M. *et al.* Perfil nutricional de pacientes em programa multidisciplinar de tratamento da obesidade grave e em pré-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.27, s1, p. 31-34, 2014.

MANCINI, M. C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 45, n. 6, p. 584-606, 2001.

MARÇAL, J. V. de S. Behaviorismo radical e prática clínica. *In*: FARIAS, A. K. C. R. de. **Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARÇAL, J. V. de S. Refazendo a história de vida: quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. *In*: GUILHARDI, H. J.; AGUIRRE, N. C. de. (org.). **Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade**. Santo André: ESETec, 2005. p. 258-273. v.15.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 4767-4770, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/25.pdf>. Acesso em: 21 maio 2021.

MARCHESINI, S. D.; ANTUNES, M. C. Fatores grupais e sociais que influenciam no ganho de peso, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, v. 40, n. 98, jan./jun. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100011 Acesso em: 06 jun. 2021.

MATOS, A. L. O. Acompanhamento nutricional em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Revista de Enfermagem do Hospital das Clínicas**, v. 8, n. 3, p. 33-45, 2015.

MEDEIROS, C. A. de. Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 4, n. 2, p. 105-118, dez. 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2021.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 698-709, 2004.

MEYER, S. B. Functional analysis of eating disorders. **Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and medicine**, v. 1, n. 1, p. 26-33, 2008.

MICHAEL, J. Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. **Journal of Experimental Analysis of Behavior**, 37, p. 149-155, 1982.

MICHAEL, J. Establishing operations. **The Behavior Analyst**, v. 16, n. 2, p. 191-206, 1993.

MIGUEL, C. F. O conceito de operação estabelecadora na análise do comportamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, p. 259-267. 2000.

MOIZÉ, V. L. *et al.* Nutritional Pyramid for Post-gastric Bypass Patients. **Obesity Surgery**, v. 20, n. 8, p. 1133–1141, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20401543/>. Acesso em: 27 maio 2021.

MONTEIRO A.; DE ANGELIS, I. Bariatric surgery: a way to treat morbid obesity/Cirurgia bariátrica: uma opção de tratamento para a obesidade mórbida. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 1, n. 3, p. 19-27, 2000.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. de. **Princípios Básicos de Análise do Comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. de. **Princípios básicos de análise do comportamento**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

MOTTA, D. G. *et al.* Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. **Saúde Revista**, v. 6, n. 13, p.63-70, 2004.

MUNHON, M. de L.; MIGOTT, A. M. B. Alterações psicológicas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.11, n. 66, p. 403-411, nov./dez. 2017. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/556/458>. Acesso em: 8 jun. 2021.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4.ed. rev. e atual. Londrina: Midiografia, 2014.

NATACCI, L. C.; FERREIRA JÚNIOR, M. The Three Factor Eating Questionnaire – R21: Tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. **Revista de Nutrição**, v. 24, n.3, p. 383-94, 2011.

NERY, L. B.; FONSECA, F. N. Análises funcionais moleculares e molares: um passo a passo. *In*: DE-FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (org.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 01- 22.

OZÓRIO, E. R. T. Terapia nutricional para pacientes pós-bariátricos. **Revista de Saúde da USP**, v. 12, n. 4, p. 34-42, 2015.

PASSOS, J. As terapias comportamentais: um mar de siglas, ondas, concordâncias e discordâncias. **Portal Comporte-se**, 15 mar. 2016. Disponível em: <https://comportese.com/2016/03/15/terapias-comportamentais>. Acesso em: 22 maio 2021.

PEIXOTO, R. M. P. A. O. et al. **Breve Panorama sobre a Terapia Analítico-Comportamental**. In: BARBOSA, Frederico Celestino. Ciências da Saúde: uma abordagem pluralista. 2.ed. Editora Conhecimento Livre, Piracanjuba-GO, 2020.

PEREIRA, A. J. Prevenção da obesidade: aspectos nutricionais e físicos. **Revista Bem-estar e Saúde**, v. 12, 2015.

PINHO, P. R. et al. Psychological approach for post-bariatric plastic surgery. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 26, n. 4, p. 685-690, 2011.

PINTO, E. E. Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. **Psicologia Hospitalar**, v. 7, n. 1, 2009.

PISCIOLARO, F.; AZEVEDO, A. P. Transtornos alimentares e obesidade. In: ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. **Nutrição e Transtornos Alimentares: avaliação e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 87-98.

PRADO, E. S.; DANTAS, E. H. M. Efeitos dos exercícios físicos em obesos, nas lipoproteínas HDL, LDL e lipoproteína (a). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, n. 4, p. 429-433, 2015.

PRETTE, G. D. Treino didático de análise de contingências e previsão de intervenções sobre as consequências do responder. **Perspectivas em análise do comportamento**, v. 2, n. 1, p. 53-71, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482011000100006. Acesso em: 26 maio 2021.

RANGÉ, B. P. Relação terapêutica. In: RANGÉ, B. P. (org.) **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Editorial Psy, 1995. p. 43-64.

RODRÍGUEZ, J. H.; PUIG, M. E. L.; ELÍAZ-CALLES, L. C. Respuestas para algunas preguntas sobre obesidad y cirugía bariátrica. **Revista Cubana de Endocrinología**, v. 24, n. 1, p. 70-93, 2013.

ROMANSINI, L.A.; LOPES, A. da S. Obesidade mórbida, suas complicações e os benefícios da atividade física para pós-bariátricos. **EFDeportes.com**, 2015. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

SANTOS, G. A. R. dos. **Terapia analítico-comportamental: sistematização da definição com base em introduções de textos empíricos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-21092018-172526/publico/santos_corrigeida.pdf. Acesso em: 01 jun. 2021.

SANTOS, T.D. Aspectos clínicos e nutricionais em mulheres obesas durante o primeiro ano após bypass gástrico. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 28, sup.1, p. 56-60, 2015. DOI:/10.1590/S0102-6720201500S100016.

SAUR, A. M.; PASIAN, S. R. Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n.2, p.199-209, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027184011.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Quem pode fazer a cirurgia bariátrica e metabólica?** São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/quem-pode-fazer-cirurgia-bariatrica-e-metabolica/>. Acesso em: 8 jun. 2021.

SILVA, M. B. da. SILVA, R. S.; SILVA, A. B. D. Reforçadores primários e secundários: uma análise das contingências contidas no filme “Quem Quer Ser Um Milionário?” In: CONGRESSO ACADÊMICOS DE SABERES EM PSICO, 1., 2016, Palmas. **Anais [...]**. Palmas, CEULP/ULBRA, 2016. p. 94-104. Disponível em: http://ulbra-to.br/caos/assets/download/2016/artigo_08.pdf. Acesso em: 06 jun. 2021.

SICHERI, R. *et al.* High temporal, geographic and income variation in body mass index among adults in Brazil. **American Journal of Public Health**, p. 793-8, 1994.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Campinas, SP: Editorial Psy, 1995. (Trabalho original publicado em 1989).

SILVA NETO, A. R. da. **O auto controle emocional e suas melhores escolhas**. Clínica Concon, 2018. Disponível em: <https://blog.clinicaconcon.com.br/psicologia/artigo-o-auto-controle-na-mudanca-de-comportamentos/>. Acesso em: 28 maio 2021.

SILVA, R. J dos S. **Obesidade e sua relação com o desempenho físico**. 2016. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

SILVA, S. S. P.; MAIA, A. C. Psychological and health comorbidities before and after bariatric surgery: a longitudinal study. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 35, n. 4, p. 264- 271, 2013.

SKINNER, B. F. **About Behaviorism**. New York: Vintage Books, 1974.

SKINNER, B. F. **Beyond freedom and dignity**. New York: Knopf, 1971.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. 9.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. 10.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. 11.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento**. São Paulo: Martins Fontes, 2007a.

SKINNER, B. F. **Science and human behavior**. New York: Macmillan, 1965. (Obra original publicada em 1953).

SKINNER, B. F. Seleção por consequências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 9, n.1, pp. 129-137, 2007b. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452007000100010#6. Acesso em: 01 mar. 2021.

SKINNER, B. F. **Sobre o behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1982.

SKINNER, B. F. **Verbal Behavior**. New York: Appleton – Century – Crofts, 1957.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. de O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>. Acesso em: 8 jun. 2021.

TEIXEIRA, P. J. *et al.* Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. **BMC Medicine**, p. 1-16, 2015.

TOURINHO, E. Z.; CAVALCANTE, S. N. Por que terapia analítico comportamental? **ABPMC Contexto**, v. 23, n. 10, 2001.

VANDENBERGHE, L. As principais correntes dentro da terapia comportamental: uma taxonomia. *In*: GUILHARDI, H. J. *et al.* (org.) **Sobre o comportamento e Cognição**: vol 7. expondo a variabilidade. Santo André: ESETec, 2001. p. 154-161.

VARELLA, D. **Obesidade**: doença ou desleixo. [S. l.: s. n.], 2018. 1 vídeo (4:39 min). Publicado no Youtube, 09 jul. 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eUwSZZF5-el>. Acesso em: 31 mar. 2021.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024>. Acesso em: 8 jun. 2021.

WEHLING, H.; LUSHER, J. M. Cognitive and Emotional Influences on Eating Behaviour: A Qualitative Perspective. **Nutrition and Metabolic Insights**, p.786-38, 2019.

WHALEY, D.L.; MALOTT, R.W. **Princípios elementares do comportamento**. São Paulo: EPU, 1980. v.1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998. (Technical Report Series, 894). Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

ZANASI, M. *et al.* Dreaming Activity in Bariatric Surgery Candidates. **Dreaming – Journal of the Association for the Study of Dreams**, v. 24, n. 3, p. 217-231, 2014.

ZANIN, T. 10 principais causas da obesidade e como combater. **Tua Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/causas-da-obesidade/>. Acesso em: 22 maio 2021.

ZORTEA, T. C. Notas sobre repertório comportamental. **Comportamento & Sociedade**, 5 ago. 2013. Disponível em: <http://comportamentoesociedade.com>. Acesso em: 22 maio 2021.