

OBESIDADE: REALIDADES E INDAGAÇÕES

Lia Ades e Rachel Rodrigues Kerbauy¹
Instituto de Psicologia - USP

Intervenções para promover a perda de peso a longo prazo constituem um assunto controverso. As pesquisas e o trabalho clínico mostram a eficácia da terapia comportamental e cognitiva para perder peso a curto prazo. Procedimentos de modificações fisiológicas estão em busca crescente. São necessárias pesquisas para responder a questões sobre temas como preferência por reforçadores, atividade física, apoio social, avaliação da energia ingerida e gasta e os procedimentos biológicos. O problema é o estudo do processo de ganho de peso e manutenção.

Descritores: Comportamento alimentar. Obesidade. Distúrbios do ato de comer. Controle do peso. Prevenção. Terapia comportamental.

A obesidade é atualmente assunto de interesse universal. É considerada uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. É fator de risco para patologias graves, como a diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios. A obesidade pode ser causa de sofrimento, depressão e de comportamentos de esquiwa social, que prejudicam a qualidade de vida.

Além de trazer sérios riscos para a pessoa, a obesidade é hoje um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo. Apesar dos inúmeros tratamentos existentes, sua prevalência vem crescendo nas últimas décadas e especialistas a caracterizam como epidemia. Nos Estados Unidos a si-

¹ Endereço para correspondência: Al. Joaquim Eugênio de Lima, 1537 – CEP: 01403-003, São Paulo, SP.

tuação é séria: a alimentação desregrada e a vida sedentária contribuem para aproximadamente 300.000 mortes por ano. Segundo estatísticas apresentadas pela *National Health and Nutrition Examination Surveys* - NHANES (Flegal, Carroll, Kuczmarski, & Johnson, 1998), há mais de 97 milhões de americanos que se encontram acima do peso ou que são obesos (aproximadamente 50% da população), e a tendência é aumentar esse número. Alemanha e Inglaterra seguem de perto a taxa americana de indivíduos com sobrepeso. Porém, a obesidade não é mais exclusividade dos países desenvolvidos, ou do mundo ocidental. Aparece hoje em países da América Latina, como México, Uruguai, Chile, Peru, Colômbia e Brasil (Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade [FLASO], 1998). É provável que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência destas complicações na América Latina.

No Brasil, cinco em cada cem crianças de até 14 anos têm peso excessivo e estão sob o risco de desenvolver hipertensão arterial. Portanto, o problema não se restringe às mulheres ou à população adulta. Nos Estados Unidos, 25% das crianças já apresentam sobrepeso ou são obesas. *World Health Organization* (WHO, 1998) declara que se caracteriza, hoje em dia, “uma epidemia de obesidade em escala mundial”.

O ciclo de peso após dietas sucessivas e recuperação, que levaria a dificuldade da perda de peso, é um ponto de vista controverso. O critério de 20% de sobrepeso é considerado como de risco de saúde, aumentado para doenças graves. Manson et al. (1990) sugerem que mesmo um sobrepeso pequeno de 5% aumenta o risco. Lissner et al. (1991), mostram que há relação entre a variabilidade de peso corporal e o risco de mortalidade por doença coronariana. Portanto apesar de haver controvérsia muitos dados salientam a importância da manutenção de peso.

O ser gordo ou magro na sociedade atual é veiculado pela mídia, na maior parte das vezes, sem relação com a saúde. O ideal é o corpo magro, sem que se levem em conta diferenças genéticas. O ser gordo pode também significar falta de controle de impulsos, preguiça, ser relaxado. Com a

transmissão desses conceitos é evidente que o sobrepeso pode ser um fator de sofrimento para aqueles que não alcançaram um corpo perfeito.

Nota-se também que, como a obesidade é fator de risco para várias doenças, aumentam as indicações médicas para controle de peso e inclusive a procura de produtos saudáveis ou que controlem colesterol e açúcar.

Mudanças nos conceitos sobre obesidade

A denominação de obesidade é conhecida e remete a uma doença mas coloca pouca ênfase na análise do comportamento alimentar. Antes de empregar técnicas que podem ter sucesso a curto prazo, é preciso descrever contingências conflitantes, que atuam em comportamentos complexos como neste caso.

De fato, consideramos o comportamento alimentar como que transformado e com funções diferentes em casos de excesso de peso. Estímulos do contexto têm história de reforço e propriedades, que se desenvolveram, e são difíceis de identificar em situação natural e clínica. É freqüente encontrar-se relatos de procura de alimento em grandes quantidades após eventos agradáveis ou desagradáveis, e a seqüência de estímulos e comportamentos decorrem de história pessoal construída muitas vezes desde tenra idade. É prematuro ainda, apesar das pesquisas desenvolvidas em vários laboratórios, poder explicar o comportamento de alimentar-se em excesso, seja em relação a quantidade e qualidade, distribuição no tempo, sem descrever a história pessoal em relação ao alimento.

Nos anos 50 a obesidade era considerada um reflexo de um distúrbio de personalidade. Nos anos 60, especialmente devido os estudos de Ferster, Nuremberg, e Levitt (1962), Schachter (1968), Stuart (1967) e início do trabalho dos terapeutas comportamentais, a obesidade passou a ser considerada como fruto de hábitos alimentares desadaptativos.

Os estudos sobre perda de peso proliferaram nos anos 70 e 80. Especialmente Stuart pesquisou e publicou livros de esclarecimentos sobre o as-

sunto, iniciando seu trabalho com base no artigo antológico de Ferstere et al. (1962) baseado em análise do comportamento. Stuart propõe o autocontrole como forma de controlar comportamento alimentar. Ele sugere que talvez as falhas da perda de peso não possam ser atribuídas apenas ao sujeito, mas também ao delineamento experimental do programa. Segundo esse autor, muitos experimentadores enfatizam a monitoria do peso deixando de reforçar e modelar comportamentos necessários para produzir mudanças de peso. Além disso, sugere que o experimentador parece estar muito mais preocupado em questionar os fracassos do que os sucessos dos seus clientes. Enquanto todos os investigadores incluem em seus delineamentos alguma medida de peso ou perda deste, poucos enfatizam os fatores interdependentes, sociais ou psicológicos, existentes no emagrecimento. Ainda outra falha do delineamento consiste em se exigir a manipulação do comportamento alimentar em si, sem se observar e criar condições para o controle da urgência de se alimentar.

Justificando suas afirmações, Stuart (1980) cita alguns estudos que procuram estabelecer relação entre perda de peso e problemas psicológicos, como os de Herman e Mack (1975), Stunkard e Rush (1974). Os primeiros observam que a participação em um tratamento para emagrecer leva ao estresse psicológico enquanto os segundos concluem que procedimentos para a redução de peso podem ocasionar níveis clínicos de depressão provocados pelos esforços de resistir ao alimento. A redução da necessidade desenfreada de alimentar-se, juntamente com a manipulação do comportamento alimentar, pode reduzir essa tendência (Stuart, 1980). Conclui que para se obter resultados mais duradouros nos tratamentos comportamentais para a perda de peso, deve-se levar em consideração quatro pontos no momento de se proceder ao delineamento experimental de um programa: (1) a obesidade é uma doença complexa de origem fisiológica, psicológica, social e situacional; (2) a obesidade é um distúrbio de estilo de vida que implica em investimento para ser corrigido; (3) a obesidade só pode ser combatida através de alternativas para os problemas comportamentais que levem ao enfraquecimento da motivação para a emissão de comportamentos problemáticos e à supressão de respostas-problema; (4) para efetuar as mudanças necessárias os clientes

deveriam ser ajudados a superar quatro estágios do controle de peso: (a) a decisão de agir, (b) a manipulação da necessidade de comer seguida da manipulação do comportamento alimentar em si ; (c) a manipulação do período imediatamente anterior ao tratamento quando a não adesão é iminente; (d) a manipulação do período após o tratamento, a médio e longo prazo, quando as dificuldades aparecem.

O aspecto a ser desenvolvido em todos os programas comportamentais para a perda de peso parece ser o das estratégias de auto-reforçamento, pois segundo vários autores, entre eles Bandura (1977), Kerbauy (1972), Mahoney, Moura, e Wade (1973), é um dos pontos essenciais para obtenção do autocontrole. Mahoney et al. (1973), em um estudo com 55 mulheres obesas divididas em cinco grupos - auto-reforçamento, autopunição, auto-reforçamento mais autopunição, auto-monitoria e controle de estímulos - observaram que o grupo do auto-reforçamento foi o que mais perdeu peso e conseguiu manter esta perda durante o acompanhamento. O autor sugere que as estratégias de auto-reforçamento são superiores à autopunição e à auto-monitoria.

Com o objetivo de identificar diferentes fatores determinantes da perda e da manutenção de peso, Stalonas, Perri, e Kerzner (1984) investigaram a permanência do efeito do tratamento da obesidade com um programa de autocontrole e acompanhamento de cinco anos. Quarenta e quatro sujeitos foram divididos em quatro grupos, a saber: P (autocontrole); PE (autocontrole + exercício); PC (autocontrole + controle de contingências); e PEC (autocontrole + controle de contingências e exercício). Após cinco anos, 36 dos 44 sujeitos foram contatados para a verificação do peso. Os resultados mostraram que, embora todos os grupos tivessem perdido peso durante o programa e mantido essa perda de peso por um ano, todos voltavam a engordar após cinco anos. A frequência do uso de estratégias comportamentais também foi investigada e observou-se que apenas duas se mantiveram por cinco anos: comer num só lugar e não repetir o prato. Vinte e seis sujeitos declararam que fatores situacionais influenciavam seu comportamento alimentar e dentre eles foram considerados negativos: o ambiente de trabalho (12), a família, especialmente o cônjuge (15), o tédio, a raiva, problemas emocio-

nais (21) e a depressão (11). Embora os resultados gerais não sejam encorajadores, os resultados do grupo PEC - autocontrole + controle de contingências e exercício (ganho ponderal de 4,69 quilos após 5 anos) se mostraram os mais satisfatórios, indicando que uma sofisticação no delineamento experimental do programa possa surtir efeitos mais positivos. Os autores sugerem também que novas estratégias são necessárias para manter os efeitos a longo prazo, e que há necessidade de pesquisas para focalizar clinicamente e não apenas experimentalmente o tratamento da obesidade pois as diferenças individuais precisam ser observadas quando se faz pesquisas envolvendo seres humanos.

Fisher Jr., Levenkron, Loue, Loro, e Green (1985), sugerem que uma das falhas na manutenção do peso perdido em pacientes submetidos a programas comportamentais deve-se ao fato de os tratamentos serem muito estruturados, diretivos ou invasivos. Os procedimentos comuns para a redução do peso geralmente impõem uma série de regras consideradas invasivas porque causam quebra da rotina. Além disso, esses procedimentos são aplicados uniformemente e ignoram as diferenças individuais, bem como a variação dos hábitos de cada indivíduo. Podem desencorajar a manutenção da mudança comportamental. A fim de resolver esse problema, esses autores desenvolveram uma técnica para mudança comportamental chamada auto-iniciação no treino de autocontrole. O objetivo dessa técnica era desenvolver nos clientes estratégias de autocontrole adequadas às suas necessidades, ou seja, promover um tratamento individualizado e ajudar os indivíduos a perceber as conseqüências de suas ações. Participaram desse estudo 51 mulheres com 21,7% de excesso de peso, distribuídas randomicamente em um de três grupos: SI (auto-iniciação no treino de autocontrole), SE (controle de estímulos) e EBC (controle do comportamento alimentar). Os resultados foram analisados após 7 e 16 semanas. Observou-se que os três tratamentos reduziram peso e o índice de excesso de peso dos participantes após sete semanas, entretanto, apenas o grupo SI apresentou redução do índice de excesso de peso entre o final do tratamento e o final do acompanhamento. Além dessas análises e procedimentos comportamentais, desenvolvidos na década de 70 e 80, observa-se que a genética, o metabolismo e biologia são

fatores relevantes. Stunkard et al. (1986) verificou ser genético um fator condicionante da obesidade e Ravussin et al. (1988) acharam que o gasto de energia poderia ser usado para predizer o ganho de peso.

Nos anos 90 estava consolidado o reconhecimento dos múltiplos fatores que contribuem para a obesidade e que haviam sido salientados com maior ou menor ênfase e em várias combinações pelos autores de áreas do conhecimento. A falta de exercício, a qualidade e quantidade de alimento e os padrões alimentares e comportamentais que favorecem a obesidade, são fatores de risco para a população e para os indivíduos. A análise das circunstâncias de vida, dos fatores biológicos e culturais para cada uma das pessoas determinará porque cada indivíduo ganha ou não peso.

Um estudo de Heller e Kerbaay (2000) com oito mulheres obesas visando treinar o autocontrole do comportamento alimentar e identificar variáveis controladoras do peso numa população de baixa renda e de baixa escolaridade obteve resultados num programa de quase dois anos. Houve uma modificação do peso e um aumento da atividade física além da aquisição de hábitos secundários mas, principalmente, apoio do grupo para emagrecer e continuar a encontrar-se.

Tentativas de soluções fisiológicas

Esgotados ou não os recursos comportamentais para perder peso, e tendo em vista o reconhecimento das dificuldades envolvidas, soluções são procuradas via medicação ou outros procedimentos.

Estudos mostram que o *binge eating* é um comportamento presente em um número significativo de pessoas que se preparam para a cirurgia bariátrica, ou seja, para a cirurgia de diminuição do estômago utilizada, sob diversas modalidades, no tratamento de obesos graves (Kalarchian, Wilson, Brolin, & Bradley, 1998; Powers, Perez, Boyd, & Rosemurgy, 1999; Saunders, 1999). Dado que a manutenção da perda de peso após a cirurgia bariátrica é contingente à modificação do comportamento alimentar, a identifica-

ção e o tratamento de transtornos alimentares pode ser crítica para que se tenha bons resultados a longo prazo.

O estudo de Saunders (1999), por exemplo, baseado na aplicação de questionários específicos - *Binge Eating Scale*, *Beck Depression Inventory*, *Questionnaire on Weight and Eating Patterns* - a 125 pacientes candidatos à cirurgia, mostra que praticamente a metade deles apresentava comportamentos de binge eating e de “acessos”, numa frequência de duas ou mais vezes por semana. Problemas mais severos no Binge Eating Scale foram encontrados em 33,3% da população estudada. A depressão é uma condição fortemente vinculada ao binge eating, segundo o estudo.

Kalarchian et al. (1998) também aplicaram questionários - *Beck Depression Inventory (BDI)*, *Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ)*, *Eating Disorder Examination (EDE)* - a 64 pacientes candidatos à “cirurgia da obesidade”. Um número significativo desses pacientes relatou episódios de binge eating.

Uma questão urgente é estabelecer critérios para a seleção de pacientes para essa cirurgia. O consenso do *National Institutes of Health* - NIH (ver, *Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity*, 1991), para a cirurgia gastro-intestinal para a obesidade severa determina o índice de massa corporal (IMC = Kg/m^2) maior ou igual a 40 como indicativo para cirurgia, ou então, de 35 a 40 com comorbidades graves. Um outro critério é que a pessoa tenha realizado inúmeras tentativas de emagrecimento sem sucesso. É possível, no entanto, discutir a cirurgia, além do cuidado no diagnóstico, se pensarmos nos procedimentos de controle alimentar que psicólogos procuram entender e desenvolver com pesquisas e trabalho clínico.

Os hábitos alimentares, em geral, e a relação que a pessoa estabelece com o alimento, em particular, não se alteram apenas com o procedimento cirúrgico e diminuição do estômago. Tanto para os pacientes obesos que seguem um tratamento de dieta e exercícios, quanto para aqueles que passam pela cirurgia, o acompanhamento a longo prazo e a manutenção devem ser considerados.

No ambulatório, o grupo de apoio/acompanhamento de pacientes com obesidade grave submetidos à cirurgia bariátrica pode eventualmente contar com a colaboração de pacientes candidatos a essa cirurgia. Nutricionista, cirurgião, endocrinologista são chamados a participar quando há muitas dúvidas e questões em relação a um determinado aspecto.

Uma das autoras deste estudo (Ades), em sua experiência com ambulatório, em Recife, relata que uma questão essencial para M., uma paciente. (e para os outros pacientes) é a *nova relação com o alimento* que, após a cirurgia, precisou ser estabelecida. Percebe-se que há um grande prazer em antecipar, na imaginação, a quantidade de comida, a idéia de “deliciar-se” comendo. Assim, a frustração é experimentada pelos pacientes que reduziram o estômago e que não podem mais comer em quantidade. M. diz logo de início que sente muita raiva diante de um bom prato de comida, porque antes estava acostumada com muito, e podia comê-lo, e agora só agüenta um pouquinho. Por exemplo: “*Estou com muita vontade de cachorro-quente ...*”. Mas é a vontade de um cachorro-quente grande que vem à sua cabeça: “*... aquele com purê, com molho, com tudo. Só de pensar que só posso um tequinho ... nem adianta comer. Fico com aquela raiva em mim*”.

Embora a cirurgia dê um limite quantitativo para a comida, não se pode abandonar o cuidado com “o quê” se come, pois a cirurgia exige uma vigilância constante com a nutrição, para que não falem nutrientes necessários para a saúde. Com o tempo, M. parou de se incomodar muito com isso, acostumou-se a comer pouco. Porém, a escolha dos alimentos continuou sendo influenciada por antigas preferências: “*às vezes prefiro comer um biscoito e não almoçar. Tem que ser um biscoito ...*”.

Não é incomum encontrar pessoas que precisam de um seguimento ainda mais cuidadoso após a cirurgia por ter uma dificuldade muito grande em adaptar-se à nova alimentação que deve ser introduzida aos poucos. Pacientes relatam muita ansiedade e até desespero por não poderem comer mais como antes. Há quem precise de calmantes para ajudar na recuperação. Também há pacientes que ingerem mais alimentos que o permitido e regurgitam ou vomitam após refeições. Esse comportamento tende a desaparecer

provavelmente pela punição que o vômito representa e pelos reforços pelo peso reduzido em relativamente pouco tempo. Evidentemente o tamanho do estômago novo é uma barreira física para alimentar-se em demasia.

Pacientes que entram no programa de mudança comportamental e que iniciam a dieta antes da cirurgia parecem estar mais prontos a aceitar a alimentação no período pós-operatório (líquidos, papas, etc.) e parecem ter mais consciência de que uma reeducação alimentar é necessária. O prognóstico é bastante melhor.

Outros pacientes relatam não ter mais a dificuldade que tinham anteriormente em controlar a alimentação. Porém, a experiência nos mostra que este diagnóstico precisa ser bem feito, pois, até determinado grau, a compulsão melhora com a cirurgia.

Uma outra novidade contra a obesidade, a partir de modificações fisiológicas, é um sistema implantável de estimulações gástricas, que aumenta a sensação de saciedade. Seria uma alternativa para a cirurgia que diminui o estômago e, portanto, a capacidade de ingerir alimento.

O IGS (Implantable Gastric Stimulation System) é um aparelho implantado sob a pele e que produz pequenas descargas elétricas na parede externa do estômago. Dessa maneira, a pessoa se sente saciada com menor ingestão de alimento havendo redução ponderal de peso. Este procedimento está em fase de teste em vários países.

Não podemos deixar de considerar os medicamentos para controle de obesidade. A descoberta de novos medicamentos que contribuam para a regulação do corpo sem efeitos colaterais nocivos é o esperado. Provavelmente os estudos se encaminharão para investigar se os tratamentos comportamentais podem aumentar os efeitos dos medicamentos e propiciar a retirada após certo período.

A obesidade é uma condição complexa

É fato aceito hoje que múltiplos fatores de risco atuam, em diferentes combinações, para as pessoas. Há: (1) riscos para a população (disponibilidade de alimento rico em gordura; dieta rica em gordura; níveis decrescentes de atividade física; padrões alimentares que estimulam a obesidade); (2) riscos para os indivíduos (fatores biológicos: genéticos, baixa taxa metabólica em repouso, número elevado de células adiposas) e fatores comportamentais (como padrões alimentares negação do exercício e vida sedentária). Segundo Brownell e Neil (1993/1999), as controvérsias e os modismos das dietas alimentares podem trazer riscos à saúde, e inúmeras questões: a perda de 10% do peso corporal é suficiente para melhorar os fatores de risco? A dieta provoca alimentação desordenada (compulsão, bulimia, anorexia)? Quem deveria perder peso? Quais as condições para a dieta? Quanto uma pessoa deveria perder? Qual a melhor maneira?

Dada a multiplicidade de etiologias, de problemas médicos e psicológicos a ela associados; dadas as diferentes “dietas” existentes e aos padrões culturais de ideal de magreza; é importante haver uma avaliação e uma decisão fundamentada para iniciar um programa de perda de peso. O nutricionista estudando cada caso e adequando a dieta é parte importante da equipe.

As dietas mágicas e as conseqüências a curto e longo prazo precisam ser esclarecidas em casos específicos de tentativas anteriores e de resultados duvidosos. As dietas balanceadas geralmente respeitam regras preconizadas e veiculadas pelas revistas científicas ou até pelos meios de comunicação. As informações errôneas ou prejudiciais precisam ser controladas. Por exemplo, são irrelevantes as superstições como tomar chá inúmeras vezes ao dia feito de manhã com dois litros de água, uma colher de chá mate, mexido em sentido horário e coberto com pano branco. Provavelmente não é urgente desmistificar esse ritual uma vez que o líquido é ingerido várias vezes ao dia e o chá é o recomendado ou é o de frutas e bastante diluído. Essa superstição só precisaria ser combatida se a quantidade de cafeína fosse muito alta. Há

inúmeros outros pontos que necessitam de esclarecimento e a verdade e o mito, em muitos casos, pode ser desprezada.

Não temos um acervo de dados antropológicos para ilustrar as interações organismo/ambiente no caso de respostas supersticiosas e muito menos no caso das alimentares. Há casos anedóticos, só relatados em consultórios clínicos de médicos, psicólogos e nutricionistas.

O trabalho com alimentação, precisa sim, respeitar peculiaridades regionais e pessoais quando possível e desmistificar o alimento como a única fonte de gratificação. Neste caso, o nutricionista e psicólogo podem ser colaboradores. Moutinho e Kerbauy (2001), encontraram em estudo com 50 funcionários voluntários de fábrica de setor químico que, dos 15 participantes casados, 14 tinham engordado após o casamento. Embora as explicações para isso, como sedentarismo, sejam adequadas, os novos alimentos introduzidos não foram relatados, seria uma variável interessante de ser pesquisada. Nesse grupo de 50 participantes, 16 estavam com excesso de peso e embora com predominância de homens (37 para 13 mulheres), 8 haviam tentado perder peso, 12 achavam que precisavam perder peso e dois estavam fazendo uma tentativa.

Buzzo e Kerbauy (1995) procuraram esclarecer em estudo com cinco mães, de classe média, com filhos de 6 a 8 anos quais os fatores que influenciam a escolha e a instalação das regras alimentares que a mãe ensina aos filhos. Observaram: (a) uma incoerência entre o que a mãe faz e o que diz em relação a ela e a própria criança, (b) o conceito de obesidade é negativo, mas quanto ao bebê, há menor ênfase no aspecto aversivo, (c) a história alimentar de uma mãe é repetida no filho e duas mães a reformularam e corrigiram, (d) as orientações médicas quanto à alimentação infantil não são seguidas por todos. Uma das crianças era obesa e as demais tinham peso normal. Concluiu-se pela necessidade de programas preventivos com as mães para ensiná-las a lidar com a sua história alimentar com ênfase na quantidade, qualidade e horário e aprender conceitos e comportamentos relacionados à alimentação. Esses resultados podem ser referendados pelo trabalho de Epstein, Valoski, Wing, e McCurley (1994) com crianças e suas famílias. Há risco de

uma criança obesa tornar-se um adulto obeso e este risco aumenta com a idade. Há também evidências de que quando a perda de peso é na infância e adolescência esse ganho permanece.

Além da dieta, o outro ponto para o controle de peso é evitar a vida sedentária e efetuar exercício. É um tópico específico bastante disseminado no mundo e no Brasil. Andar tornou-se fator relevante e de fácil manutenção pois pode ocorrer em qualquer situação. É recomendação nos programas comportamentais pois auxilia o balanceamento de energia envolvendo e energia ingerida e gasta, apesar das controvérsias a respeito de qual a prescrição melhor.

Embora Stuart (1971) tenha assumido que exercício era um dos três pontos fundamentais na perda de peso, é nos anos 90 que a ênfase no exercício aumentou. Anteriormente o destaque era a dieta. Essa importância é devido os estudos correlacionais e experimentais que determinam os benefícios do exercício para controle de peso a longo prazo. Pavlou, Krey, e Steffee (1989) empregaram dieta padrão de baixas calorias com e sem exercício. O programa com exercício aumentou a perda de peso a curto prazo e no seguimento de 18 meses.

Com dados como estes o efeito de exercício tem atraído interesse especialmente por afastar ou adiar a recuperação de peso. É um caso com semelhanças ao da dieta de menu fixo que a curto prazo pode auxiliar a perda de peso mas dificulta a manutenção. O exercício provavelmente no início auxilia a perda de peso e a longo prazo tem a vantagem de contribuir para a manutenção, além dos demais benefícios para a saúde.

A perda de peso a longo prazo

A pesquisa comportamental sobre obesidade, nas últimas décadas, mostra que as técnicas comportamentais conseguem fazer perder peso especialmente quando o tratamento é longo com acompanhamento continuado. Perri, Nezu, Patti, e McCann (1989) avaliaram, em um estudo experimental, a relação entre duração do tratamento de 20 e 40 semanas, com sucesso na

perda de peso. Os grupos em ambas as condições tiveram seguimento de 72 semanas. O tratamento mais longo foi associado a maior perda de peso. Após o término das atividades houve ganho de peso para os dois grupos.

O problema é manter as pessoas comparecendo aos programas. Uma alternativa é espaçar os intervalos de semanais, para quinzenais ou mensais. Os vigilantes do peso solicitam comparecimento mensal após atingir o peso desejado e dispensam do pagamento de sessões as pessoas que mantiveram o peso ou perderam mais peso pós-programa. Desconhecemos estudos sobre a manutenção do peso nesses programas.

Continua no caso da manutenção de peso o problema da energia gasta ou ingerida e uma avaliação detalhada dos reforços sociais e pessoais pela manutenção do peso. Segundo a experiência de Ades, em Recife, um mesmo problema era trazido frequentemente, pelos pacientes e pelos profissionais do ambulatório de obesidade. Os primeiros reclamavam de que poderiam ser retirados do programa, porque não estavam conseguindo emagrecer há bastante tempo; os segundos reclamavam da falta de engajamento dos pacientes aos procedimentos do tratamento, e que não fazia sentido mantê-los no programa, ocupando o lugar de outra pessoa que poderia estar sendo beneficiada. Realmente, nada é mais frustrante do que tentar “catapultar” um paciente do estágio de contemplação para o estágio da ação antes de que ele esteja preparado para isto, sugerem Miller e Rollnick (2001), empregando o modelo de mudança de Prochaska e DiClemente (1982). Porém, nada é pior, para um paciente, do que se sentir impotente e incapaz de seguir o programa de emagrecimento. Tirá-lo do programa, pura e simplesmente, não parece o mais acertado. Como melhorar a situação?

Dentro das possibilidades de espaço e de tempo determinadas pela instituição, é necessário dar mais atenção aos fatores que influenciam a adesão e a continuidade do tratamento. O profissional de saúde teria muito mais flexibilidade em sua intervenção se levasse em conta, desde o começo, que é sua também a responsabilidade de aumentar as chances de adesão e comprometimento do paciente. O paciente não é motivado ou desmotivado para a mudança. Se considerarmos a motivação como um estado de prontidão ou

avidez para mudança, e que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra, podemos pensar em maneiras de influenciar tal estado, de modo a ajudar o paciente a desenvolver um comprometimento e a tomar uma decisão de mudar.

Nos Estados Unidos, Black, Gleser, e Kooyers (1990) fizeram uma meta-análise de alguns experimentos que incluíram os esposos, como suporte, no tratamento de obesidade, concluindo que não houve benefício a curto e a longo prazo dessa inclusão.

Na realidade os programas que incluem esposo ou alguém significativo no programa de emagrecimento o fazem para ensiná-los a dar apoio social ao esforço do parceiro. Como os resultados são modestos e as variáveis culturais e a avaliação da intersetividade no casamento, fator crucial, é uma possibilidade em aberto para pesquisa com voluntários e em dias de semana e locais escolhidos para facilitar o comparecimento.

O estudo atual da área demonstra que, a longo prazo, a perda de peso não se mantém com o sucesso dos tratamentos a curto prazo (Jeffery et al., 2000). É um desejo e uma frustração para os pesquisadores. Apesar dos resultados positivos e bem estar conseqüente, a manutenção dos resultados dos programas é ponto a ser esclarecido.

Ensinar habilidades específicas para manutenção de peso

Geralmente os programas comportamentais de perda de peso, ao analisar o controle de estímulos de pessoas, locais ou alimentos já calculam uma prevenção da recaída. Marlatt e Gordon (1985), no entanto, ao salientarem esse fato e instruírem e ensinarem a identificar situações para aumentos pequenos de peso destacam ser essencial evitar reações psicológicas que precipitam o padrão de comportamento anterior. Há no entanto falta de estudos que mostrem a eficácia de programas de prevenção da recaída em relação a pessoas que foram deixadas com a aprendizagem dos programas e seus próprios meios.

O fato é que vivemos em uma época em que além de descobertas científicas veiculadas com rapidez, há a divulgação de fatores de estilos de vida que contribuem para a saúde. As recomendações em geral incluem aumento de exercício, o consumo de fibras, redução de gorduras e sódio ingeridos, não fumar, utilizar álcool com moderação, usar cinto de segurança, fazer sexo seguro, utilizando camisinha, reduzir o stress psicológico.

O interessante seria conhecer quantas dessas recomendações são seguidas pela pessoa ou quais ela prioriza ou mesmo se há sempre uma que é abandonada. Se essas recomendações são independentes ou se é possível aplicá-las todas ao mesmo tempo. Quantas vezes o parar de fumar é compreendido como perigo para engordar ou fumar como facilitador para perder peso. Fazer os dois ao mesmo tempo, perder peso e parar de fumar, pode ser considerada tarefa herculea e... abandonada.

O ponto básico para as pesquisas é, ainda, descobrir as diferenças individuais no valor reforçador do alimento e verificar seu papel na manutenção de comportamentos alimentares novos. Será que existem regras sobre alimentação que quando aprendidas dificilmente entram em desuso? É no entanto interessante constatar que pré-adolescentes têm mais sucesso em manutenção de peso que adultos. Será o processo biológico mais maleável em tenra idade ou será que novos comportamentos quase incompatíveis com comer são aprendidos e mantidos pela gratificação continuada?

Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesity: Reality and Questions. *Psicologia USP, 13* (1), 197-216.

Abstract: Intervention strategies to promote long term weight loss are a controversial issue. Weight control research shows the efficacy of behavior and cognitive therapy for short-term weight loss. Procedures of psychological modification are in constant development. It is necessary to focus on research about subjects such as favorite reinforcers, physical activity, social support, assessment of food intake and energy expenditure, biological correlates, and procedures. The problem is the study of the processes involved in weight gain and maintenance.

Index terms: Feeding practices. Obesity. Eating disorders. Weight control. Prevention. Behavior therapy.

Obesidade: Realidades e Indagações

Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obésité: Réalités et Questions. *Psicologia USP, 13* (1), 197-216.

Resume: Les interventions pour promouvoir une perte de poids à long terme constituent un sujet controversé. Les recherches et le travail clinique montrent l'efficacité de la thérapie comportementale et cognitive pour perdre du poids à court terme. Des processus de modifications psychologiques sont en développement constant. Il est nécessaire de mettre au point des recherches pour répondre à des questions sur les thèmes comme préférence pour des renforçateurs, l'activité physique, l'appui social, l'évaluation de l'énergie ingérée et dépensée ainsi que les conduites biologiques. Reste le problème de l'étude du processus de prise de poids et de son contrôle.

Mots-clés: Comportement alimentaire. Obésité. Troubles de la nutrition. Contrôle du poids. Prévention. Thérapie comportementale.

Referências

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Black, D. R., Gleser, L. J., & Kooyers, K. J. (1990). A metaanalytic evaluation of couples weight-loss programs. *Health Psychology, 9*, 330-347.
- Brownell, K. D., & Neil, P. M. (1993/1999). Obesidade. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual clínico de transtornos psicológicos* (M. R. B. Osório & B. Range, trans.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Buzzo, M. P., & Kerbauy, R. R. (1995). A análise da história alimentar da mãe em relação ao comportamento alimentar dos filhos. In *Resumos do III Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo* (p. 3). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R., & McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychology, 13*, 373-383.
- Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade. (1998). *Documento do Consenso Latino-Americano em Obesidade*. Santiago, Chile: Autor.
- Ferster, C. B., Nuremberger, J. L., & Levitt, E. B. (1962). The control of eating. *Journal of Mathematics, 1*, 87-109.

- Fisher Jr., E. B., Levenkron, J. C., Loue, M. R.; Loro, R. A. D., & Green, L. (1985). Self-initiated self-control in risk reduction. In R. B. Stuart (Ed.), *Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine* (pp. 145-168). New York: Brunner / Mazel.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kuczmarski, R. J., & Johnson, C. L. (1998). Overweight and obesity in the United States: Prevalence and trends, 1960-1994. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 39-47.
- Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. (1991). *Consensus Statement Online*, 9 (1), 1-20. Disponível na Internet: <http://text.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/84.html>
- Heller, D. C. L., & Kerbauy, R. R. (2000). Redução de peso: Identificação de variáveis e elaboração de procedimentos com uma população de baixa renda e escolaridade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 31-52.
- Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Jeffery, R. W., Epstein, L. H., Wilson, G. T., Hill, D. R., Drenowski, A., Stunkard, A. J., & Wing, R. R. (2000). Long-Term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychology*, 1, 5-16.
- Kalarchian, M. A., Wilson, G.T., Brolin, R. E., Bradley, L. (1998). Binge eating in bariatric surgery patients. *International Journal of Eating Disorder*, 23 (1), 89-92.
- Kerbauy, R. R. (1972). Autocontrole: Manipulação das condições antecedentes e conseqüentes do comportamento alimentar. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kuczmarski, R. J., Carroll, M. D., Flegal, K. M., & Troiano, R. P. (1997). Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among U.S. adults: NHANES III (1988 to 1994). *Obesity Research*, 5 (6), 542-548.
- Lissner, L., Odell, P. M., D'Agostino, R. B., Stokes, J., Kreger, B. E., Belanger, A. J., & Brownell, K. D. (1991). Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population. *New England Journal of Medicine*, 324, 1839-1844.
- Mahoney, M. J., Moura, N. E., & Wade, T. (1973). The relative efficacy of self-reward, self-monitoring techniques for weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 404-407.
- Manson, M. D., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Rosner, B., Monson, R. R, Speizer, F. E., & Hennekens, C. H. (1990). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 322, 882-889.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Obesidade: Realidades e Indagações

- Miller, W. R. E., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Moutinho, A. E., & Kerbauy, R. R. (2001). Pesquisa sobre emagrecimento em uma empresa do setor químico de Minas Gerais: Um estudo sobre obesidade. In *Resumos do V Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo* (p. 115). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Pavlou, K. N., Krey, S., & Steffee, W. P. (1989). Exercise as na adjunct to weight loss and maintenance in moderately obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, *49*, 1115-1123.
- Perri, M. G., Nezu, A. M., Patti, E. T., & McCann, K. L. (1989). Effect of length of treatment on weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3*, 450-452.
- Powers, P. S., Perez, A., Boyd, F., & Rosemurgy, A. (1999). Eating pathology before and after bariatric surgery. *International Journal Eating Disorders*, *25* (3), 293-300.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, *19*, 276-288.
- Ravussin, E., Lillioja, S., Knowler, W. C., Christin, L., Freymond, D., Abbott, W. G. H., Boyce, V., Howard, B. V., & Bogardus, C. (1988). Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for bodyweight gain. *New England Journal of Medicine*, *318*, 462-472.
- Saunders, R. (1999). Binge eating in gastric bypass patients before surgery. *Obesity Surgery*, *9* (1), 72-76.
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating. *Science*, *161*, 75-80.
- Stalonas, P. M., Perri, M. G., & Kerzner, A. B. (1984). Do behavioral treatments of obesity last? A five-year follow-up investigation. *Addictive Behaviors*, *9*, 175-183.
- Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behaviour Research and Therapy*, *5*, 357-365.
- Stuart, R. B. (1971). A three-dimensional program for the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, *9*, 177-186.
- Stuart, R. B. (1980). Weight loss and beyond: Are they taking it off or keeping it off? In S. M. Davison & P. D. Davison (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 151-194). New York: Brunner / Mazel.
- Stunkard, A. J., & Rush, J. (1974). Dieting and depression re-examined: A critical review of reports of untoward responses during weight reduction for obesity. *Annals of Internal Medicine*, *81*, 526-533.

Lia Ades e Rachel Rodrigues Kerbauy

Stunkard, A. J., Sorensen, T. I. A., Hanis, C., Teasdale, T. W., Chakraborty, R., Schull, W. J., & Schulsinger, F. (1986). News about obesity. *The New England Journal of Medicine*, 315, 130-131.

World Health Organization. (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneve: Author.

Recebido em 17.12.2001

Aceito em 5.02.2002