

Obesidade: Terapia Cognitivo-Comportamental

*Autoria: Sociedade Brasileira de
Endocrinologia e Metabologia*

Elaboração Final: 5 de agosto de 2005

Participantes: Brito CLS, Bystronski DP, Mombach KD,
Stenzel LM, Repetto G

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Foi feita revisão bibliográfica de artigos científicos, sendo estes selecionados após avaliação crítica da força de evidência científica.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Oferecer aos profissionais da saúde, estudantes de medicina, estudantes de enfermagem e de áreas afins, um guia de recomendações para o tratamento medicamentoso dos pacientes com diabetes, voltado à prática clínica e baseado em evidências.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

O tratamento comportamental aplicado em conjunto com técnicas cognitivas – chamada Terapia Cognitivo-Comportamental é uma das técnicas terapêuticas auxiliares para o controle de peso¹(D). Baseia-se na análise e modificação de comportamentos disfuncionais associados ao estilo de vida do paciente. O objetivo é implementar estratégias que auxiliam no controle de peso, reforçar a motivação com relação ao tratamento e evitar a recaída e o conseqüente ganho de peso novamente.

ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS

Um dos objetivos do uso das técnicas comportamentais é que o paciente possa identificar os estímulos que antecedem o comportamento compulsivo, bem como situações que facilitam a não aderência ao tratamento e, conseqüentemente, seu insucesso. As estratégias cognitivo-comportamentais são utilizadas visando à modificação de hábitos prejudiciais ao paciente:

AUTOMONITORAMENTO

O automonitoramento é realizado pelo próprio paciente por meio de registros escritos sobre sua ingestão alimentar diária, dos episódios de compulsão e os eventos desencadeantes, úteis no sentido de auxiliar na elaboração do planejamento e ajustes terapêuticos. Combinado com técnicas cognitivas, o automonitoramento pode ser útil para registrar pensamentos equivocados a respeito do comer, do peso e do aspecto corporal²(D).

CONTROLE DE ESTÍMULOS

O controle de estímulos pode ser utilizado para modificar situações que antecedem o comportamento disfuncional, como, por exemplo, o comer em excesso ou a inatividade física. Alguns exemplos de aplicação desta estratégia seriam:

- Programar as compras no supermercado mantendo alimentos proibidos fora da lista de compras;
- Estimular a atividade física com a evitação freqüente de recursos tecnológicos como controle remoto e/ou uso

demasiado do carro quando é possível caminhar;

- Evitar atividades previamente associadas ao comer em excesso, como, por exemplo, comer em frente da televisão ou comer no cinema. Confinar alimentação há um local específico e limitar o acesso à comida durante a refeição;
- Evitar ser o responsável pela alimentação de outros.

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Terapeuta e paciente devem identificar problemas relacionados ao excesso de peso; buscar possíveis soluções e estratégias; aplicar e testar a eficácia das estratégias no dia-a-dia do paciente; rediscuti-las no encontro terapêutico e selecionar aquelas que propiciam a modificação de comportamento. O objetivo desta estratégia é implementar novos padrões de comportamento que auxiliam o paciente na perda e manutenção de peso.

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

Consiste em modificar o *sistema de crenças* dos pacientes, visando a uma reestruturação cognitiva. Identificar e corrigir crenças e pensamentos disfuncionais com relação ao peso e à alimentação é um dos objetivos desta estratégia.

A seguir, alguns exemplos de distorções cognitivas comuns em pacientes com excesso de peso:

- **Abstração Seletiva:** consiste em prestar atenção e dar mais valor às informações que confirmem suas suposições. Por exemplo:

“Ter comido este doce indica que não sou capaz de exercer controle sobre o meu comportamento alimentar, que não tenho poder face à comida”.

- **Pensamento tudo ou nada:** consiste em pensar em termos absolutistas e extremos, como, por exemplo, dividir os alimentos em duas categorias únicas: as comidas permitidas e as proibidas. Ingerir algo considerado proibido poderá gerar uma interpretação de fracasso, tornando qualquer tentativa de controle subsequente mais difícil: “Já saí da dieta mesmo, agora vou comer tudo que vier pela frente”.
- **Pensamento supersticioso:** consiste em acreditar que há relação de causa e efeito entre eventos não contingentes. Por exemplo: “Ir ao shopping significa sair da dieta”.

SUORTE SOCIAL

O suporte social da família, amigos, clínicos, e outros, pode auxiliar no tratamento da obesidade e servir como suporte para o tratamento de perda de peso. Em alguns casos, é mais indicado o suporte de um grupo: grupos terapêuticos - conduzidos por profissional da área psicológica; educacionais - conduzidos por ex-pacientes, nutricionistas, assistentes sociais; ou de auto-ajuda - por exemplo, *Comedores Compulsivos Anônimos (CCA)*.

Algumas vantagens na terapia de grupo cognitivo-comportamental: maior ocorrência de ensaios comportamentais; maior ocorrência de *feedback* propiciada pelos outros membros do grupo e não só pelo terapeuta; maior experiência com situações-problema e um maior suporte para a solução³(D).

RESULTADOS EM TRATAMENTOS COMPORTAMENTAIS

Efeitos sobre o peso corporal e gordura corporal

Uma revisão de 16 estudos sobre tratamentos comportamentais na obesidade encontrou, em média, uma redução de peso de 6,1 kg (variando de - 0,5 a 12,5 kg) e uma taxa de abandono de 32%, em média (variando de 0% a 66%)⁴(D). A ampla variabilidade interna entre os pacientes nesses estudos serviram para os revisores concluir que poucos pacientes com tratamentos comportamentais adquirem clinicamente uma significativa perda de peso, variando desde aqueles que perdem modestamente e outros retornam ao seu peso original de antes do início do tratamento⁴(D).

Revisão mais recente⁵(D) examinou 36 trabalhos avaliando os benefícios adicionais da terapia comportamental à outras abordagens para a perda de peso, e 31 trabalhos que compararam diferentes estratégias comportamentais. Esta revisão baseada em evidências concluiu que a terapia comportamental fonece benefício adicional de curto prazo a até 1 ano, mas que sem a intervenção continuada esses benefícios não persistem a longo prazo, como três ou cinco anos.

Estudos com grupo controle e seguimento de um ano foram feitos e demonstram que a intervenção comportamental pode resultar em pequena perda de peso imediatamente após tratamento, com média de 4,7 kg; variando de 0,2 a 12,9 kg, perda de peso que se dissipa após três anos de seguimento⁶(A), a média de perda de peso é de 2,8 kg; variando de 0,2 a 9,6 kg. A média de abandono foi de 13%, variando de 0 a 41%. Os resultados melhores foram

observados quando associados à abordagem familiar⁷(A), provisão do alimento⁸(A), orientação de dieta⁹(A), ou medicamento¹⁰(B). Resultados favoráveis foram observados também em intervenções no ambiente de trabalho¹¹(A), na perimenopausa¹²(A), no diabetes tipo 2¹³(A), e em pacientes coronarianos submetidos a angioplastia¹⁴(A). Mudança de hábito alimentar não acompanhada por perda de peso foi observada em pacientes seguidos em atendimento primário¹⁵(A) e portadores de angina do peito¹⁶(A).

Os resultados evidenciam que a qualidade de muitos estudos sobre tratamentos comportamentais é pobre por dificuldades no delineamento dos trabalhos, os períodos de tratamento são menores do que três meses e a maioria dos estudos foram realizados somente com mulheres de classe média⁴(D).

Poucos estudos têm sido feitos avaliando a redução da gordura abdominal. Os poucos feitos demonstram uma redução da circunferência abdominal (-2,9 cm), em mulheres tratadas com psicoterapia cognitivo-comportamental, numa observação de 4,5 anos, embora não houvesse redução de peso corporal. Achado semelhante foi encontrado com redução de 2,4 % da gordura corporal, em sujeitos com sobrepeso após programa de estilo de vida ativa, embora sem redução global de peso¹⁷(A).

Outros benefícios da terapia comportamental

Mesmo na ausência de perdas significativas de peso, a terapia comportamental pode reforçar, significativamente, a manutenção da dietoterapia e de atividades físicas após seguimento de um ano^{14-16,18}(A).

A terapia comportamental pode induzir reduções no nível de pressão sanguínea significativas, minimizando o risco de hipertensão⁶(A) ou de hipertensão e depressão¹⁹(B), mesmo com modestas perdas de peso, em seguimentos de dois ou três anos.

Estudos controlados com prazo de até seis meses^{20,21}(A) e de mais longo prazo, entre um e três anos, alguns randomizados²²(A)¹⁹(B) e outros não controlados^{23,24}(C), obtiveram resultados de melhora significativa no bem-estar psicológico ou qualidade de vida, mesmo associadas a pequenas reduções de peso corporal.

Qual aspecto da terapia comportamental funciona melhor?

Não há evidências de que qualquer estratégia comportamental seja superior a outra no sentido de gerar perda de peso⁵(D). Estratégias multimodais são mais efetivas²⁵(A).

Manutenção da perda de peso

A maioria das intervenções comportamentais para o controle de peso tem utilizado tratamentos de curto prazo (média de doze semanas)⁴(D). Poucos são de tratamentos maiores do que seis meses^{12,16,17}(A). A maioria dos sujeitos retornam ao seu peso de início de tratamento quando cessam os tratamentos comportamentais^{9,13,26}(A). A manutenção da perda de peso adquirida parece ser mantida apenas com a continuidade do tratamento¹⁵(A)²⁷(B). A duração do tratamento influencia a perda de peso: terapia comportamental *standard* de 40 semanas tem maior impacto sobre a perda de peso, seis anos mais tarde, quando comparado ao de 20 semanas de tratamento²⁸(A).

O tratamento comportamental combinado com contato pós-tratamento com o terapeuta

favorece maior perda de peso a longo prazo do que apenas o tratamento comportamental após 18 meses²⁹(C), reforçando que a perda de peso é facilitada pela continuidade do contato paciente-terapeuta a longo prazo³⁰(D).

Os programas de terapia comportamental com contatos semanais e *feedback* individualizado pela internet propiciam maior perda de peso após seis meses do que aqueles que apenas oferecem *links* educacionais na web³¹(B).

Além da duração, a intensidade e o grau de intervenção influencia na adesão de pacientes ao tratamento e, conseqüentemente, sua perda de peso²⁵(A).

TERAPIA COMBINADA FARMACOLÓGICA E COMPORTAMENTAL

A maioria dos estudos demonstra que adicionar modificações comportamentais ao tratamento farmacológico da obesidade aumenta significativamente a perda de peso corporal¹⁰(B). O grupo de terapia comportamental, embora por pouco tempo, pode se beneficiar significativamente com acréscimo do tratamento farmacológico³²(D).

OUTROS FATORES PSICOLÓGICOS

Binge Eating

Um ano de estudo controlado e randomizado demonstrou que obesos classificados como tendo compulsão alimentar³³(C) responderam favoravelmente a tratamento dietético associado ao exercício físico e tratamento comportamental³⁴(B), ou tratamento comportamental associado a medicamento antidepressivo³⁵(B), da mesma forma que pacientes obesos sem compulsão alimentar. Pelo fato da compulsão

alimentar estar associada a sintomas depressivos, oscilações de peso e aumento no abandono do tratamento³⁶(C), diversas abordagens de tratamento psicológico têm sido usadas nesta população. A supressão da compulsão alimentar a curto prazo não resulta em sustentação da perda de peso³⁷(B). Existe evidência, baseada em estudo de seis meses de duração, que o exercício pode promover abstinência da compulsão alimentar, embora não estivesse relacionado a perda de peso³⁸(A).

Adotando um foco a longo prazo e promovendo uma melhor aceitação individual, pode haver mudanças benéficas no estilo de vida e melhoras a longo prazo na saúde física e mental de obesos com transtorno de compulsão alimentar³⁹(D). Estudo controlado demonstra queda significativa na porcentagem do sobrepeso em crianças obesas que sofrem de transtornos alimentares e problemas comportamentais após um programa comportamental estandardizado familiar de controle de peso, maior que dois anos de duração⁴⁰(B).

MANEJO DO ESTRESSE

O peso corporal individual pode responder ao estresse, o qual está frequentemente relacionado como fator predisponente na falha de manutenção da perda de peso após programa de emagrecimento⁴¹(B).

Estresse pode ser um potente fator no desenvolvimento de gordura visceral e abdo-

minal, provavelmente por influência do cortisol⁴²(C).

Redução do peso corpóreo, diferentemente da redução do estresse, diminui os níveis de pressão arterial⁴³(A), contudo, nenhum estudo controlado randomizado a longo prazo examinou somente o efeito da redução do estresse na perda de peso, em indivíduos obesos ou com sobrepeso. Um estudo controlado randomizado referiu que a combinação entre o manejo do estresse com mudanças na dieta e atividade física produziu mudanças na massa corporal, que persistiram acima de dois anos, em um pequeno grupo de mulheres pós-menopausa com doença coronariana⁴⁴(D).

HIPNOTERAPIA

Poucos estudos controlados foram conduzidos nesta área⁴⁵(D). Nos estudos realizados até o momento, a adição de hipnose à terapia cognitivo-comportamental para perda de peso resultou apenas em um pequeno acréscimo no êxito do tratamento.

LACUNAS DO CONHECIMENTO

A qualidade, em geral, de muitos estudos sobre tratamentos comportamentais é pobre e existe a necessidade de estudos de longo prazo, bem conduzidos e bem controlados para examinar-se rigorosamente o efeito da modificação comportamental sobre a perda de peso e gordura.

REFERÊNCIAS

1. Duchese M. Transtornos alimentares. In: Rangé B, org. *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. São Paulo:Editorial Psy;1998. p.185-98.
2. Herscovici CR. *A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares*. Porto Alegre:Artes Médicas;1997.
3. Falcone EMO. Grupos. In: Rangé B; org. *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. São Paulo: Editorial Psy; 1998. p.159-69.
4. Foreyt JP, Goodrick GK, Gotto AM. Limitations of behavioral treatment of obesity: review and analysis. *J Behav Med* 1981;4:159-74.
5. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults. *Am J Clin Nutr* 1998; 68:899-917.
6. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, Smith West D, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern Med* 2001;134:1-11.
7. Cousins JH, Rubovits DS, Dunn JK, Reeves RS, Ramirez AG, Foreyt JP. Family versus individually oriented intervention for weight loss in Mexican American women. *Public Health Rep* 1992;107:549-55.
8. Jeffery RW, Wing RR, Thorson C, Burton LR, Raether C, Harvey J, et al. Strengthening behavioral interventions for weight loss: a randomized trial of food provision and monetary incentives. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:1038-45.
9. Wadden TA, Sternberg JA, Letizia KA, Stunkard AJ, Foster GD. Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. *Int J Obes* 1989;13(suppl. 2):39-46.
10. Craighead LW, Stunkard AJ, O'Brien RM. Behavior therapy and pharmacotherapy for obesity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:763-8.
11. Jeffery RW, Forster JL, French SA, Kelder SH, Lando HA, McGovern PG, et al. The Healthy Worker Project: a work-site intervention for weight control and smoking cessation. *Am J Public Health* 1993; 83:395-401.
12. Kuller LH, Simkin-Silverman LR, Wing RR, Meilahn EN, Ives DG. Women's Healthy Lifestyle Project: a randomized clinical trial: results at 54 months. *Circulation* 2001;103:32-7.
13. Uusitupa M, Laitinen J, Siitonen O, Vanninen E, Pyorala K. The maintenance of improved metabolic control after intensified diet therapy in recent type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 1993;19:227-38.
14. Lisspers J, Sundin O, Hofman-Bang C, Nordlander R, Nygren A, Ryden L, et al. Behavioral effects of a comprehensive, multifactorial program for lifestyle change after percutaneous transluminal coronary angioplasty: a prospective, randomized controlled study. *J Psychosom Res* 1999; 46:143-54.

15. Steptoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T, Hilton S. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ* 1999; 319:943-8.
16. Cupples ME, McKnight A. Randomised controlled trial of health promotion in general practice for patients at high cardiovascular risk. *BMJ* 1994;309: 993-6.
17. Dunn AL, Marcus BH, Kampert JB, Garcia ME, Kohl HW 3rd, Blair SN. Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: a randomized trial. *JAMA* 1999;281: 327-34.
18. Finckenor M, Byrd-Bredbenner C. Nutrition intervention group program based on preaction-stage-oriented change processes of the Transtheoretical Model promotes long-term reduction in dietary fat intake. *J Am Diet Assoc* 2000; 100:335-42.
19. Mellin L, Croughan-Minihane M, Dickey L. The Solution Method: 2-year trends in weight, blood pressure, exercise, depression, and functioning of adults trained in development skills. *J Am Diet Assoc* 1997; 97:1133-8.
20. Ciliska D. Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *West J Nurs Res* 1998;20:119-35.
21. Tanco S, Linden W, Earle T. Well-being and morbid obesity in women: a controlled therapy evaluation. *Int J Eat Disord* 1998; 23:325-39.
22. Rapoport L, Clark M, Wardle J. Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24:1726-37.
23. Carrier KM, Steinhardt MA, Bowman S. Rethinking traditional weight management programs: a 3-year follow-up evaluation of a new approach. *J Psychol* 1994;128:517-35.
24. Roughan P, Seddon E, Vernon-Roberts J. Long-term effects of a psychologically based group programme for women preoccupied with body weight and eating behaviour. *Int J Obes* 1990;14:135-47.
25. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998;36:1138-61.
26. Cupples ME, McKnight A. Five year follow up of patients at high cardiovascular risk who took part in randomised controlled trial of health promotion. *BMJ* 1999; 319:687-8.
27. Latner JD, Stunkard AJ, Wilson GT, Jackson ML, Zelitch DS, Labouvie E. Effective long-term treatment of obesity: a continuing care model. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24:893-8.
28. Perri MG, Nezu AM, Patti ET, McCann KL. Effect of length of treatment on weight loss. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:450-2.
29. Perri MG, McAllister DA, Gange JJ, Jordan RC, McAdoo G, Nezu AM. Effects of four maintenance programs on the long-term management of obesity. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:529-34.

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

30. Wadden TA, Foster GD. Behavioral treatment of obesity. *Med Clin North Am* 2000;84:441-61.
31. Tate DF, Wing RR, Winett RA. Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. *JAMA* 2001; 285:1172-7.
32. Wadden TA, Sarwer DB. Behavioral treatment of obesity: new approaches to an old disorder. In: Goldstein D, ed. *The management of eating disorders and obesity*. Totowa NJ: Humana Press; 1999. p.173-99.
33. Gladis MM, Wadden TA, Foster GD, Vogt RA, Wingate BJ. A comparison of two approaches to the assessment of binge eating in obesity. *Int J Eat Disord* 1998; 23:17-26.
34. Gladis MM, Wadden TA, Vogt R, Foster G, Kuehnel RH, Bartlett SJ. Behavioral treatment of obese binge eaters: do they need different care? *J Psychosom Res* 1998; 44:375-84.
35. Marcus MD, Wing RR, Ewing L, Kern E, McDermott M, Gooding W. A double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine plus behavior modification in the treatment of obese binge-eaters and non-binge-eaters. *Am J Psychiatry* 1990;147:876-81.
36. Sherwood NE, Jeffery RW, Wing RR. Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:485-93.
37. Goodrick GK, Poston WS 2nd, Kimball KT, Reeves RS, Foreyt JP. Nondieting versus dieting treatment for overweight binge-eating women. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:363-8.
38. Levine MD, Marcus MD, Moulton P. Exercise in the treatment of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 1996;19:171-7.
39. Devlin MJ. Binge-eating disorder and obesity. A combined treatment approach. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:325-35.
40. Epstein LH, Paluch RA, Saelens BE, Ernst MM, Wilfley DE. Changes in eating disorder symptoms with pediatric obesity treatment. *J Pediatr* 2001; 139:58-65.
41. DePue JD, Clark MM, Ruggiero L, Medeiros ML, Pera V Jr. Maintenance of weight loss: a needs assessment. *Obes Res* 1995;3:241-8.
42. Rosmond R, Dallman MF, Bjorntorp P. Stress-related cortisol secretion in men: relationships with abdominal obesity and endocrine, metabolic and hemodynamic abnormalities. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:1853-9.
43. Ebrahim S, Smith GD. Lowering blood pressure: a systematic review of sustained effects of non-pharmacological interventions. *J Public Health Med* 1998; 20:441-8.
44. Toobert DJ, Glasgow RE, Radcliffe JL. Physiologic and related behavioral outcomes from the Women's Lifestyle Heart Trial. *Ann Behav Med* 2000; 22:1-9.
45. Cochrane G. Hypnosis and weight reduction: which is the cart and which the horse? *Am J Clin Hypn* 1992; 35:109-18.