

Terapia Comportamental Aplicada ao Tratamento da Obesidade*

Paula Virgínia Oliveira Elias
Universidade Católica de Goiás
Faculdade Ávila

A obesidade atualmente apresenta-se como um problema tanto para a saúde pública quanto para o próprio indivíduo, afetando grande parte da população mundial, principalmente no ocidente. No Brasil a obesidade já atinge 10 % de toda a população e outros 30% estão bem acima do peso ideal. Segundo Heller e cols. (2004), estima-se que 15% das crianças e 20% dos adolescentes sejam obesos. Nos EUA esta marca sobe para 25% e o problema, de forma geral já é tratado como epidemia. Há custos físicos, relacionados aos problemas de saúde desencadeados, custos comportamentais, em função da aparência ou estética corporal versus exigência social, e custos financeiros.

O que caracteriza o problema é o acúmulo excessivo de tecido adiposo (gordura corporal) no organismo. Uma pessoa considerada dentro dos padrões normais apresenta aproximadamente 20% do seu peso, em massa gorda, e 80% do seu peso em massa corporal magra, formada pelos órgãos, músculos, ossos e água. O excesso de massa gorda relaciona-se com ingestão calórica maior do que a queima calórica. Pode estar relacionada a fatores genéticos, a certas doenças e ao comportamento de alimentar-se inadequadamente. Nos últimos anos há o reconhecimento de que múltiplos fatores contribuem para o surgimento da obesidade e que há diferentes combinações de fatores específicos acarretando o problema entre os indivíduos. Assim, pessoas que apresentam índices elevados de gordura corporal podem ter razões diferentes para tal.

De acordo com Danon e Polini (2002), o índice para cálculo do limite de peso adequado em relação à estatura é relativamente simples. Este método indica o Índice de Massa Corporal (IMC). Entretanto, deve ser observado que este é apenas um parâmetro, pois pode haver o resultado falso positivo, em função das diferenças constitucionais de cada pessoa. O cálculo é feito dividindo o peso (em Kg) pela altura elevada ao quadrado. Os resultados abaixo de 18,5 indicam magreza, entre 18,5 e 25 indicam peso saudável, de 25 a 30 significa sobrepeso ou pré-obesidade. Já os valores entre 30 e 35, 35 e 40 e acima de 40, indicam, respectivamente, obesidade em grau 1, 2 e 3.

*Elias, P. V O (2005). *Terapia comportamental aplicada à obesidade*. Em H. J. Guilhardi e N. C. Aguirre (Orgs). *Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade* Vol. 16, (pp.164-173). Santo André: ESETec.

Considerando fatores culturais, percebe-se uma pressão social por apresentar-se magro. Há um significado social excessivo sobre peso e forma corporal, gerando inclusive a estereotipia em relação às pessoas obesas. Isto leva a atribuições do senso comum sobre a relação entre obesidade e fatores explicativos muitas vezes inadequados. O obeso é estigmatizado socialmente.

Com relação à etiologia do problema, houve mudanças de foco relevantes com o passar dos anos e dos estudos realizados. Nos anos 50, a obesidade era considerada um problema psicológico, pois os conceitos freudianos dominavam a psicologia e a psiquiatria. No início dos anos 60 a Terapia Comportamental começou a se desenvolver e a obesidade foi avaliada como o resultado de hábitos alimentares mal-adaptativos. Os anos 80 constituíram a década biológica, sendo dada ênfase às medicações para obesidade. E, finalmente, nos anos 90 ficaram caracterizados múltiplos fatores para as explicações dos fatores determinantes do excesso de peso corporal. Tornou-se claro que fatores genéticos, culturais, comportamento pessoal, entre outros, são influentes e, provavelmente, atuam em diferentes combinações entre indivíduos (Bjorntorp & Brodoff, 1992; Brownell & Wadden, 1992 citados por Brownell & O'Neil, 1999).

Há algumas publicações contra o hábito de fazer dietas, que vêm sugerindo alternativas à restrição alimentar básica. Uma alternativa que vêm sendo destacada e utilizada terapeuticamente na atualidade é a reeducação alimentar, onde os hábitos são alterados de forma substancial. Uma das vantagens de tal método é a maior probabilidade de manutenção posterior do peso adequado, que é a meta principal da pessoa que deseja emagrecer. Isto não significa que não haja a necessidade de constante auto-monitoração no dia-a-dia. No mundo atual, há alta disponibilidade de alimentos incentivada pela indústria alimentícia, que utiliza recursos publicitários poderosos para aumentar a frequência e intensidade do consumo de certos tipos de alimentos. Pode ser facilmente observada a quantidade de anúncios sobre comida e bebida, o número crescente de programas televisivos gastronômicos e de *fast foods* abrindo as portas nos dias de hoje.

Outro fator que pode funcionar como favorecedor da ingestão alimentar excessiva é a qualidade das programações sociais estabelecidas. Por exemplo, como pretexto para encontrar um amigo, fazer comemorações, conquistar alguém e se divertir nos finais de semana, as pessoas normalmente fazem convites do tipo: “vamos tomar um lanche?”, “vamos comprar uns salgadinhos e refrigerantes pra comemorar?”, “vamos jantar fora?”, “vamos fazer um churrasquinho?”, “vamos comprar uma pipoca e algumas balas antes de

começar o filme?”, etc. Os convites, em grande parte das vezes, envolvem contextos alimentares. Há um sério problema relacionado aos maus hábitos sociais.

Diante desta contingência, vários recursos são utilizados por grande parte da população para remediar e, em alguns casos, prevenir a obesidade. Dentre os recursos destinados à perda de peso propriamente dita, há uma variedade de dietas restritivas, medicamentos direcionados ao controle do apetite, tratamentos nutricionais e comportamentais, internação em *spas*, chegando até a utilização de cirurgias para redução da cavidade estomacal, em casos mais graves. Os tratamentos são difíceis e requerem, além da atenção inicial, o acompanhamento posterior.

A prevalência da obesidade aumenta com a idade e acarreta risco para doenças, como os diabetes, hipertensão e doença cardiovascular. Entretanto, o problema pode instalar-se em qualquer idade, sendo que, no caso das meninas, é freqüente o desenvolvimento da obesidade na época da puberdade. Estima-se que dois terços dos casos de obesidade tenham início na vida adulta. O sedentarismo é a principal variável associada ao ganho de peso na sociedade atual.

Quadro 1 – Fatores de risco que provavelmente contribuem para a gênese da obesidade

<p style="text-align: center;">RISCO PARA A POPULAÇÃO</p> <p>Disponibilidade de Alimentos Ricos em Gordura Altos níveis de gordura na dieta Níveis decrescentes de atividade física Padrões alimentares que estimulam a obesidade</p> <p style="text-align: center;">RISCOS PARA INDIVÍDUOS: FATORES BIOLÓGICOS</p> <p>Genética Baixa taxa metabólica em repouso (basal) Número elevado de células adiposas</p> <p style="text-align: center;">RISCOS PARA INDIVÍDUOS: FATORES COMPORTAMENTAIS</p> <p>Alto consumo de energia Padrões alimentares específicos (ex. compulsão alimentar) Falta de exercício</p>

Fonte: Brownell & Wadden (1992, citados por Brownell & O’Neil, 1999).

Nos dias de hoje, há menor propensão ao gasto calórico, e a tecnologia auxiliou bastante para tal acontecimento a partir das escadas rolantes, dos aparelhos de TV com controle remoto, dos telefones sem fio, entre outros. O dispêndio energético decorrente da atividade física chamada informal tem merecido atenção crescente. Há relatos, por exemplo, de que uma extensão telefônica instalada em uma residência pode contribuir para o

acúmulo de aproximadamente 1 kg por ano. O vidro elétrico da janela do automóvel leva seu proprietário a poupar, em média, cerca de 30 Kcal diariamente (Coutinho, 1998).

Outro fator que não deve ser descartado durante a análise dos riscos da obesidade refere-se à localização da gordura corporal. A adiposidade distribuída na porção superior do corpo, especialmente a gordura localizada na cavidade intra-abdominal, traz maior risco do que a depositada na parte inferior do corpo (Sjostrom, 1992, citado por Brownell & O'Neil, 1999).

Considerando os fatores descritos acima, este capítulo descreve resumidamente a aplicação de procedimentos terapêuticos utilizados pela abordagem comportamental para o tratamento da obesidade, com o intuito de demonstrar a eficácia dos resultados deste tipo de intervenção, associada ao acompanhamento de profissionais da área de nutrição e educação física.

A escolha das estratégias adequadas de tratamento deve levar em conta as condições clínicas da pessoa e a análise funcional do caso, posto que a obesidade pode ser considerada como uma *enfermidade comportamental*. Realizando a análise funcional observa-se que a comida é um estímulo discriminativo para o comportamento de comer, que tem como consequência mais provável o ganho de peso. Então estar acima do peso, se dá, na maior parte dos casos, pela via comportamento, isto é, comer em excesso.

A proposta apresentada é de reeducação alimentar. Para que a reeducação funcione adequadamente deve haver modificações no estilo de vida e, conseqüentemente, alterações nos padrões de comportamento relacionados a alimentação. Devem ser desenvolvidos padrões regulares duradouros de comportamento que sustentem a consecução e a manutenção de um peso mais baixo. A mudança deve perdurar em longo prazo. A ênfase deve ser na manutenção do peso e não apenas em sua perda. Segundo Heller e cols. (2004), a manutenção dos resultados do tratamento da obesidade em longo prazo, na vida adulta, gira em torno de, em média, 30% apenas. Estes dados apontam para o fato de que se torna fundamental que o problema seja prevenido desde a infância.

É evidente que o estabelecimento de uma relação terapêutica empática é fator relevante, de acordo com vários estudos, para a implementação das estratégias terapêuticas. Um dos fatores determinantes para a boa relação é que o cliente se sinta aceito, compreendido e confortável. Ele deve perceber que o terapeuta é confiável, que tem condições profissionais para ajudá-lo, que seus sintomas têm chance de serem tratados com sucesso e que há um real interesse do terapeuta em fazê-lo (Duchesne, 1998).

Caso Clínico

A cliente atendida é do sexo feminino, 39 anos de idade, casada, mãe de duas filhas, terceiro grau completo, professora, 1,55cm de altura, 75 Kg, IMC 31, que significa obesidade em primeiro grau. A cliente relatou à terapeuta freqüentes sensações corporais alteradas, compatíveis com estados ansiogênicos; perda do auto-controle, a ponto de se irritar freqüentemente com pessoas com as quais convive; sentir-se gorda e feia e sem motivação para cuidar de si mesma. Relatou ainda problemas conjugais, cansar-se facilmente após realizar pequenas tarefas diárias e, ultimamente, o agravamento de suas sensações corporais a ponto de perder o controle sobre si, apresentando ataques de ataques de pânico esporádicos¹.

Apresentava o problema desde a adolescência, enfrentando críticas e comentários de familiares e amigos em função do peso. Foi observado que toda a família possuía hábitos alimentares inadequados. Antes do tratamento terapêutico houve cinco tentativas de emagrecimento e manutenção do peso, desde a adolescência, por meio de tratamentos com medicamentos. Entretanto, todos os tratamentos foram interrompidos por dificuldades para manutenção do peso.

Para iniciar a intervenção comportamental foi realizada uma avaliação clínica, incluído a entrevista para coleta de dados sobre o problema e formulação do caso, bem como identificação das variáveis das quais o comportamento alimentar estava sob função. Para complementação dos dados da entrevista a cliente foi solicitada a responder, como tarefa de casa, o Questionário de História Vital (Lázarus, 1980). Durante esta fase inicial do atendimento foi realizado, também, o processo educacional incluindo informações sobre a terapia.

A busca por profissionais da área de nutrição e educação física (academia de ginástica) foi indicada à cliente, para adequar o tratamento ao necessário acompanhamento multidisciplinar. Inicialmente, não houve adesão à indicação, alegando que já havia se submetido a consultas nutricionais sem bons resultados e que já havia se matriculado em várias academias, também sem o sucesso esperado, pois não continuava a freqüentá-las.

Entretanto, após um período com resultados iniciais satisfatórios nas sessões terapêuticas, seguido por um período de estagnação destes resultados, novamente, foi discutida a função do trabalho de equipe, em vista das metas estipuladas em terapia. Com alguma relutância a cliente buscou o auxílio dos profissionais solicitados. Foi explicado a ela que os resultados do trabalho de equipe é totalmente diferente dos resultados do trabalho de cada profissional isoladamente.

¹ Os procedimentos necessários para o tratamento dos Ataques de Pânico, como Hiperventilação e Exposição Sistemática Gradual ao Vivo, foram utilizados, de início, paralelamente ao processo de intervenção relacionado à obesidade. À partir da décima sessão a cliente já apresentava melhoras consideráveis com relação a este problema.

Linha de Base, Intervenções e *Follou-up*

Durante o tratamento foi elaborado um Formulário de Acompanhamento para Perda de Peso, com a função de acompanhar a evolução do tratamento e auxiliar na manutenção dos resultados. Neste formulário constavam informações básicas sobre quatro fases do tratamento. Foram definidos campos específicos para preenchimento de cada um dos itens descritos abaixo. As fases do tratamento foram subdivididas, conforme se segue:

- Período de Linha de Base: com relação à quantidade e qualidade de alimentos ingeridos inicialmente.
- Período de Adaptação: com as evoluções e dificuldades da cliente para se adaptar a nova rotina alimentar proposta.
- Período de Perda de Peso: com as dificuldades encontradas até o momento e datas para conferência dos resultados por meio da pesagem.
- Período de Acompanhamento e Manutenção dos Resultados: com anotações sobre a pesagem periódica, as dificuldades encontradas neste período e datas para retorno às consultas seguintes.

Antes do início do processo foram anotados, neste mesmo formulário, o peso, altura, sobrepeso apresentado e IMC na data de início do programa de intervenção. Houve, também, a definição de metas em curto, médio e longo prazo, ou seja, metas diárias, semanais, quinzenais, mensais e provável duração do tratamento. Outros dados considerados relevantes também foram anotados, como os comportamentos alimentares Inadequados emitidos pela cliente até então, bem como os comportamentos adequados exigidos para a conquista da proposta.

Durante a fase de Linha de Base, para verificação dos comportamentos emitidos pela cliente antes de qualquer intervenção terapêutica, foi solicitado o preenchimento da Folha de Registro Alimentar, formulada pela terapeuta, como mostra a Figura 2. Esta Folha de Registro continuou a acompanhar a cliente durante todo o processo, para a realização da auto-monitoração do comportamento de comer na ausência da terapeuta.

Para estimulá-la a preencher as Folhas de Registro Alimentar diariamente foi necessária a aquisição de algumas habilidades específicas e a demonstração da importância da auto-monitoração como fator facilitador do auto-conhecimento e, conseqüentemente, da manutenção do peso. Isto foi feito levando a cliente a perceber que o registro diário favorece o aprendizado sobre calorias, o conhecimento do que é ingerido, o aumento do controle sobre a alimentação, a discriminação dos padrões de alimentação, auxiliando na “economia” da quantidade de calorias ingeridas diariamente.

Os dados da Linha de Base demonstraram que os hábitos alimentares apresentavam-se irregulares, no que se refere à quantidade de alimentos ingeridos, qualidade dos alimentos habituais, horários de consumo, locais para alimentação e atividades durante a ingestão. Esta contingência alimentar estava presente em sua vida cotidiana a anos, desde a infância. Após o casamento o quadro havia se agravado bastante devido ao sedentarismo, programações sociais e fatores associados à gravidez.

A cliente consumia cerca de 3500 Kcal diárias, quando, considerando sua estatura, deveriam ser consumidas, aproximadamente, 2000 Kcal. Por meio das Folhas de Registro Alimentar preenchidas por ela diariamente, tornou-se visível que em situações de estresse com o marido, os filhos e a família – a cliente tinha descontentamentos com o comportamento de alguns dos familiares – a ingestão de alimentos era maior, ou seja, na falta de reforçadores sociais ela buscava a compensação por meio de reforçadores alimentares.

Figura 1 – Análise funcional do comportamento da cliente durante situações envolvendo problemas com o marido.

Situação Antecedente	Comportamento	Conseqüência
Marido havia chegado do trabalho mais tarde que o habitual. Estava reclamando da bagunça da casa e da falta de iniciativa dela.	Discutiu com ele. Disse que ele não a valorizava e que só sabia reclamar. Deslocou-se até a cozinha, para evitar brigas, fez um sanduíche e foi comê-lo assistindo TV no quarto.	Comeu em excesso e sem necessidade no período noturno, posto que havia jantado antes do marido chegar.

A Figura 2 abaixo mostra o Modelo de Folha de Registro Alimentar utilizado. Os horários sugeridos correspondem aos horários das refeições habituais da cliente em atendimento. As linhas abaixo dos horários sugeridos têm a função de facilitar a adaptação das anotações, caso a cliente tenha consumido as refeições em outros momentos.

A coluna sobre número de calorias ingeridas tem o objetivo de auxiliar na discriminação sobre quantidade de calorias de cada refeição. Com relação ao tempo gasto com a alimentação, a meta foi levar a cliente a investir mais na mastigação e no ritual alimentar (sentar-se à mesa, observar o que estava colocando no prato, observar o que estava levando à boca e a quantidade de alimento numa mesma garfada).

Por fim, a coluna destinada a anotações sobre o local da alimentação e atividades desempenhadas enquanto se alimenta, aparece com o intuito levar à discriminação e à

evitação, se necessário, de locais e atividades impróprias durante a alimentação como, por exemplo, comer no quarto – é necessário instituir locais na casa destinados a alimentação, como a cozinha e a mesa – assistindo a TV, lendo, digitando, conversando sobre assuntos ansiogênicos, entre outros. Todas essas observações foram feitas para que a cliente se colocasse atenta para o comportamento de comer e não desviasse sua atenção desta atividade, não consumindo uma quantidade de alimento maior que a necessária. O espaço para preenchimento das conclusões sobre a alimentação do dia estava destinado à reflexão sobre a conduta alimentar, considerando se comeu adequadamente ou excessivamente, quais os prováveis motivos que levaram a isto, dificuldades encontradas e conquistas realizadas no dia.

Figura 2 – Modelo de Folha de Registro Alimentar

Horários	Alimentos Sólidos e Líquidos Consumidos (Qualidade e Quantidade)	Nº de Calorias	Tempo Gasto	Local e Atividade
7:30				
10:00				
12:30				
15:30				
18:30				
20:30				
Conclusões Sobre a Alimentação do Dia				

Outros procedimentos de intervenção educacional utilizados foram à reeducação para a situação de ingestão alimentar, para o comportamento de comer e para as conseqüências deste encadeamento de fatores. Isto é, foi ensinada a seqüência para análise dos eventos presentes numa contingência e a relação estabelecida entre eles, ou seja, o processo de análise funcional, no caso, do comportamento de comer.

Também foi realizada a reeducação quanto aos fatores influenciadores, que dificultam ou facilitam a perda ou ganho de peso. As questões relacionadas abaixo foram comentadas durante a sessão:

(1) elasticidade do tecido estomacal, (2) metabolismo basal, (3) tempo gasto pelo cérebro para reconhecimento do nível de saciação após ingestão de alimentos, (4) atividades e distrações durante alimentação, (5) ambiente apropriado para alimentação, (6) respostas fisiológicas e psicológicas frente aos estímulos alimentares, (7) auto-instruções e controle de impulso, (8) tempo destinado a mastigação, (9) quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos, (10) horários da alimentação, (11) número de refeições diárias, (12) tempo gasto com cada refeição, (13) necessidades alimentares do organismo x desejo de comer, (14) histórico sobre a necessidade alimentar dos seres humanos, (15) indústria de alimentos e comerciais televisivos, (16) pretexto para encontros sociais, (17) hábitos familiares e culturais, (18) reação dos amigos quanto a fazer dieta, (19) regularidade dos exercícios físicos, (20) compras de alimentos, (21) calorias dos alimentos, (22) funções da auto-monitoração, (23) função orgânica e psicológica da alimentação, (24) construção interna do corpo e, em especial, do aparelho digestivo, (25) conseqüências dos hábitos alimentares para a saúde.

Além do processo educacional, técnicas respondentes, operantes e cognitivas foram aplicadas durante a intervenção. O Treino Respiratório, bem como o Relaxamento Muscular Progressivo foram utilizados para que a cliente, com histórico de ataques de pânico, pudesse adquirir maior controle sobre as reações fisiológicas do próprio organismo. Estas técnicas têm o intuito de regularizar o desencadeamento de reações de responsabilidade do Sistema Nervoso Autônomo Simpático e Parassimpático.

Outro procedimento considerado relevante foi o Treino de Habilidades Sociais, por meio do Treinamento em Assertividade, reconhecimento da lista de Direitos Humanos Básicos (Caballo, 1999, p.371) e Ensaio Comportamental. A cliente apresentava grandes dificuldades de contato tanto familiar quanto social. Foi verificada a relação entre fracassos nesta área, com o desencadeamento de ingestão excessiva de alimentos calóricos.

Favorecendo o Treino de Habilidades Sociais, foi solicitada à cliente a escrita de duas “cartas não-enviadas” para pessoas da família, com as quais ela estabelecia um contato problemático. Tais cartas foram revisadas em consultório e, posteriormente, solicitada à cliente a escrita da resposta provável que estas pessoas emitiriam ao lerem o conteúdo das cartas. Este processo desencadeou a discriminação de fatores relevantes da relação no contexto social, levando a respostas emocionais que auxiliaram na resolução do problema. Com a técnica da Escrita Terapêutica, também houve a oportunidade para que ela redigisse uma “carta” endereçada a sua obesidade. Isto favoreceu o estabelecimento de auto-instruções quanto aos comportamentos adaptativos necessários para lidar com o problema.

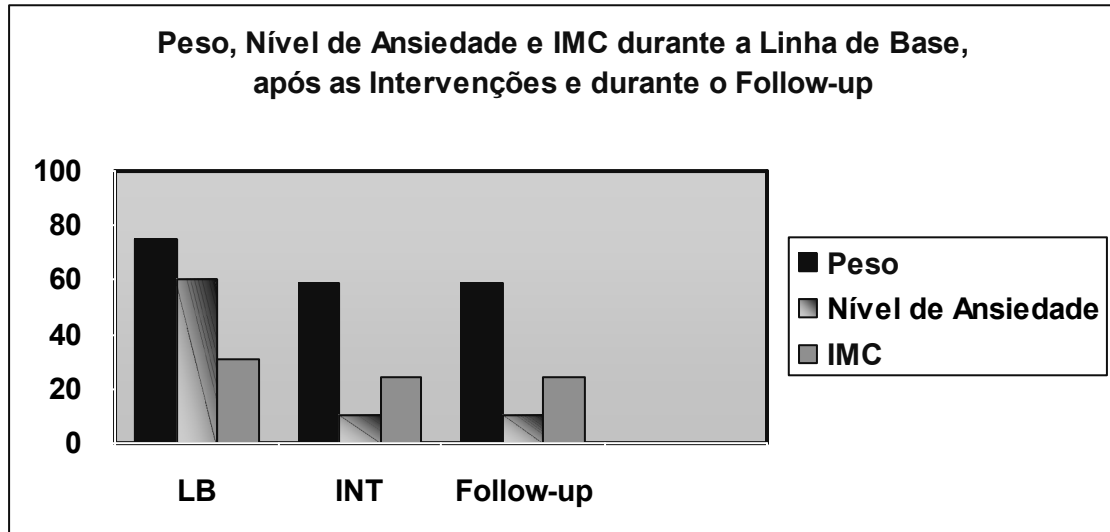
As 'falas para si mesma' ou auto-regras com relação ao comportamento diante de situações alimentares foram acessadas durante as sessões e realizadas, quando necessário, a reeleaboração de tais auto-regras. Isto foi feito por meio do Questionamento Socrático e Confrontação de Idéias, levando a cliente a rever as próprias conclusões sobre determinados eventos.

Durante o início do tratamento, por um período de um mês e meio (12 sessões), os atendimentos foram realizados duas vezes por semana, em função, também, da necessidade de realizar intervenções específicas para os ataques de pânico. Após este momento, os atendimentos passaram a ocorrer semanalmente durante seis meses (24 sessões), posteriormente, de quinze em quinze dias (10 sessões) e, por fim, o acompanhamento passou a ocorrer de forma mensal, durante os três meses subseqüentes. No restante da fase de acompanhamento foram realizadas duas sessões num período de seis meses, para assegurar o cumprimento das propostas e, conseqüente, manutenção dos resultados.

Resultados

O peso atual da cliente é de 59 Kg, ou seja, 16 Kg a menos do que o inicial, e o IMC é 24, que significa peso saudável. Ela realiza cinco refeições diárias na quantidade estabelecida e com a qualidade adequada, diferentemente do início do processo, onde fazia duas ou três refeições maiores e "beliscava" durante o dia todo, principalmente à noite. Alterou os locais impróprios para alimentação substituindo-os por ambientes mais apropriados, eliminando atividades inadequadas e distrações durante ingestão dos alimentos. Adquiriu habilidades para lidar com situações de estresse familiar sem necessidade de recorrer ao alimento como fonte de reforço momentâneo. O tempo gasto com refeições e mastigação aumentou, pois antes utilizava menos que 10 minutos para almoçar e atualmente utiliza entre 20 e 25 minutos para tal atividade.

O gráfico abaixo apresenta o peso, o nível de ansiedade e o IMC da cliente durante o período de Linha de Base, Intervenção e *Follou-up*, isto é, nove meses após as intervenções. Observa-se, além da perda de peso, a manutenção dos resultados após estes nove meses. Verifica-se, também, uma diminuição considerável na intensidade dos níveis de ansiedade apresentados, em função das habilidades e novos hábitos adquiridos, de 60 durante a Linha de Base houve diminuição da ansiedade para o nível 10, após as intervenções. Este índice permaneceu estável durante o período de acompanhamento (*follou-up*). Assim também ocorreu com o IMC, que era de 31 inicialmente, e após as intervenções diminuiu para 24, ficando constante durante o período subseqüente.



Como consequência da intervenção houve mudança em seus relatos verbal sobre si mesma, sobre como se alimentava e, ainda, relatos sobre seu bem estar emocional. A cliente passou a realizar o planejamento e execução de metas antes não planejadas e/ou interrompidas. Apesar disto, após três meses do encerramento das sessões, houve dois episódios de recaídas alimentares em grau leve. A cliente foi orientada a realizar os acompanhamentos terapêuticos e nutricionais de forma esporádica com o intuito de prevenir o problema. Estas consultas esporádicas, de aproximadamente três em três meses, estão sendo realizadas até o presente momento.

Os resultados, além do emagrecimento e manutenção do peso, demonstraram aquisição de habilidades sociais referentes a assertividade, melhora na solução de problemas e tomada de decisões, redução dos níveis gerais de ansiedade e irritabilidade.

Relato da Cliente:

“Antes de passar por este tratamento eu não via saída. Achava que nunca conseguiria emagrecer. Não sabia que o psicólogo trabalhava com este tipo de problema. Eu vim para o tratamento dos ataques de pânico e acabei descobrindo outro benefício enorme. Por que é que vocês não divulgam isto para as pessoas? Eu, por exemplo, passei por tantos tratamentos antes... sem saber que poderia ter, aqui, estes resultados!!! Como isso é importante!

Nesta semana estava conversando com um amigo do meu marido que está insatisfeito com o peso e inclusive tendo problemas de saúde. Tentei ensinar o que estou aprendendo. Disse pra que ele procurasse ajuda terapêutica e ele comentou que não tinha dinheiro pra essas coisas. Que pena que ele pensa assim! Quero te agradecer, porque a terapia mudou a minha vida!”

Conclusões

Observa-se que as funções dos comportamentos problemáticos devem ser corretamente avaliadas, caso contrário, os métodos de tratamento apenas diminuem o comportamento-problema temporariamente e podem precipitar novos padrões problemáticos.

A Terapia Comportamental eficaz depende claramente da especificação precisa das variáveis funcionais de desenvolvimento e manutenção dos comportamentos em questão, sendo o procedimento de modificação ditado por elas. E, a habilidade do clínico em conduzir a análise e modificação comportamental depende do conhecimento profissional, da coleta de dados suficientes, para que não haja intervenções aleatórias e arbitrárias, bem como da relação terapêutica estabelecida com o cliente.

É perceptível, por meio da análise do contexto alimentar e comportamentos habituais da sociedade atual, que a obesidade é um problema complexo, apesar de estar relacionado a fatores claramente definidos. Assim, são necessárias intervenções de diferentes profissionais, concomitantemente, para a obtenção dos resultados desejados. Considerando as diferenças individuais, familiares e culturais, bem como os objetivos de cada pessoa que busca o tratamento. Em muitos momentos o trabalho deve ser direcionado a auto-aceitação.

O apoio da terapia para a mudança comportamental e estilo de vida – que em alguns tratamentos é fator dificultador da adesão do cliente – mostra-se relevante e, em alguns casos, determinante para a perda e controle de peso. Várias ações, decorrentes de mudanças ambientais propostas em terapia, protegem a pessoa contra o desencadeamento do comer em excesso, evitando assim, o sobrepeso.

Referências Bibliográficas

- Brownell, K. D. & O'Neil, P. M. (1999). Obesidade. Em: D. H. Barlow (org.) *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Cap. 8 (pp. 355 – 403). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caballo, V. E. (1999). Treinamento de Habilidades Sociais. Em: V. E. Caballo (org) *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. Cap. 18 (pp. 359 – 398). São Paulo: Santos.
- Coutinho, W. (1998). Obesidade: Conceitos e Classificação. Em: M. A. A. Nunes, J. C. Appolinário, A. L. G. Abuchaim, W. Coutinho & Cols. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Cap. 20 (pp. 197 – 202). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Danon, J. & Polini, L. (2002). *Guia de Calorias de A a Z*. São Paulo: Estação Liberdade.

Duchese, M. (1998). Abordagem Cognitivo-Comportamental. Em: M. A. A. Nunes, J. C. Appolinário, A. L. G. Abuchaim, W. Coutinho & Cols. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Cap. 14 (pp. 139 – 147). Porto Alegre: Artes Médicas.

Heller, D. C. L. (org.); Souza, D. P.; Scur, E. M. A.; Pinto,, M. S. & Castilho, S. (2004). *Obesidade Infantil: manual de prevenção e tratamento*. Santo André: ESETec.

Lazarus, A. (1980). *Terapia Multimodal do Comportamento. Atualização em Terapia do Comportamento* (Vol.1).São Paulo: Manole.